



Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés :

DOCUMENT DE TRAVAIL

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés : Document de travail
a été préparé par **L. McDonald and A. Collins** pour l'Unité de la
prévention de la violence familiale, Santé Canada.

Also available in English under the title ***Abuse and Neglect of Older Adults:
A Discussion Paper***

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'auteure et ne
reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais
sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source
soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de
substitutions.

Pour obtenir plus de renseignements sur les questions de violence familiale,
veuillez communiquer avec :

Le Centre national d'information sur la violence dans la famille

Division des questions relatives à la santé

Direction générale de la promotion et des programmes de la santé

Santé Canada

Indice de l'adresse : 1907D1

7e étage, immeuble Jeanne-Mance, Pré Tunney

Ottawa (Ontario) K1A 1B4 CANADA

Téléphone: 1-800-267-1291 or (613) 957-2938

Télécopieur : (613) 941-8930

Fax Link : 1-888-267-1233 ou (613) 941-7285

ATME : 1-800-561-5643 ou (613) 952-6396

Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/nc-ca>

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2000

Cat. H72-21/162-1998F

ISBN 0-662-27292-7

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	iii
1. Le contente canadien	1
2. Définition de la violence et de la négligence à l'égard des aînés	5
2.1 Définitions proposées	5
2.2 Les débats concernant les définitions	9
2.3 Les années 1990 et au-delà	11
3. La violence et la négligence à l'égard des aînés en milieu familial	15
4. La violence et la négligence à l'égard des aînés en milieu institutionnel	19
4.1 Définitions et catégories	19
4.2 L'incidence et la prévalence des actes de violence et de négligence à l'égard des aînés en milieu institutionnel	21
4.3 La compréhension de la violence et de la négligence en milieu institutionnel	23
4.4 La lutte contre la violence et la négligence en milieu institutionnel	24
5. Caractéristiques des victimes et des auteurs d'actes de violence et de négligence	27
6. La compréhension de la violence et de la négligence à l'égard des aînés	31
6.1 Théories concernant la violence et la négligence	31
6.2 Le modèle axé sur les situations	32
6.3 La théorie de l'échange social	32
6.4 L'approche axée sur l'interaction symbolique	33
6.5 Les modèles féministes	34

7.	Les facteurs de risque de violence	37
7.1	L'étude des facteurs de risque	37
7.2	Les traits de personnalité de l'abuseur	37
7.3	La violence transmise de génération en génération	38
7.4	La dépendance	38
7.5	Le stress	39
7.6	Les facteurs structurels	40
7.7	Les mêmes questions	40
8.	Les protocoles	43
8.1	La détection	43
8.2	L'évaluation	46
8.3	L'intervention	47
8.4	Les choix difficiles	48
9.	Les programmes et les services	51
9.1	Considérations générales	51
9.2	Les programmes de protection des adultes	51
9.2.1	Les approches législatives	51
9.2.2	La Nouvelle-Écosse	52
9.2.3	L'Île-du-Prince-Édouard	52
9.2.4	La Colombie-Britannique	53
9.2.5	Les critiques	53
9.3	Les programmes concernant la violence en milieu familial	54
9.4	Les programmes de défense des droits des aînés	56
9.5	Le modèle intégré	57
9.6	Les questions liées à la pratique	59
9.6.1	L'évaluation de la pratique	59
9.6.2	Les obstacles aux services	59
9.6.3	Les questions multiculturelles	60
10.	La prévention	63
10.1	Les initiatives en matière d'éducation	63
10.2	L'éducation des aînés	63
10.3	L'éducation des professionnels	65
10.4	L'éducation des personnes soignantes	66
10.5	L'éducation du public	67
11.	Regard vers l'avenir	69
12.	Ouvrages de référence	71

Résumé

À l'aube du nouveau millénaire, il est de plus en plus manifeste que les mauvais traitements et la négligence à l'égard des aînés sont reconnus comme un problème qui mérite une recherche sérieuse et une action sociale coordonnée de la part de tous au Canada. Le présent document fait le survol des faits saillants dans le domaine depuis la publication du premier document de travail en 1989. Il jette un nouveau regard sur les problèmes de définition des mauvais traitements et de la négligence, des questions que soulève la collecte de données sur leur incidence et leur prévalence, l'absence de progrès sur le front théorique et les difficultés qui en découlent pour la détermination des facteurs de risque. Il décrit les modifications apportées à la législation de la protection des adultes, et les progrès réalisés du côté de l'établissement de protocoles de détection, d'intervention et de création de programmes. Nous concluons notre étude en passant en revue quelques-unes des stratégies de prévention adoptées au Canada ces dernières années et en offrant des suggestions pour le choix des orientations futures.

Au cours des débats sur les mauvais traitements et la négligence à l'égard des aînés, les questions relatives aux définitions ont toujours suscité beaucoup de controverses, et c'est

encore le cas aujourd'hui. C'est pourquoi les définitions les plus diverses se retrouvent dans les ouvrages. Toutefois, la plupart des auteurs conviennent qu'il existe trois grandes catégories de mauvais traitements et de négligence (en milieu familial, en milieu institutionnel et négligence de soi) ainsi que trois principaux types de mauvais traitements (physiques, psychologiques et sur le plan financier). Hélas, au-delà de ce consensus, on s'entend peu. Même si les intéressés semblent se lasser du débat continu sur les définitions, il ne faudrait pas pour autant abandonner l'étude de la question. Celle-ci demeure importante car les définitions déterminent qui sera inclus ou non parmi les victimes de mauvais traitements, ce que la législation couvre ou non, et qui est admissible ou non aux services offerts. Au moment où le pays entre dans un nouveau millénaire, le défi consiste donc à affiner les définitions, à trouver un terrain d'entente à leur sujet entre praticiens, universitaires, législateurs et décideurs, à assimiler le point de vue de nos minorités ethniques sur les mauvais traitements et la négligence, ainsi qu'à s'assurer de la participation des personnes les plus touchées par les définitions—les aînés eux-mêmes.

À ce jour, un nombre substantiel d'études ont permis de documenter

l'existence et la nature des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des aînés. Toutefois, seules quelques-unes ont fourni des données sur la prévalence et l'incidence du problème chez les aînés institutionnalisés. Il s'est révélé difficile d'obtenir des données exactes en raison des différences qui existent dans les définitions, les méthodes et les échantillons. Il n'est donc pas possible actuellement d'interpréter avec quelque certitude les taux de prévalence déclarés, qui vont de quatre p. 100 ou moins en Australie, en Norvège, aux États-Unis et au Canada, jusqu'à 20 p. 100 en France. Les taux d'incidence ne sont toujours pas connus dans la plupart des pays, y compris au Canada. Il n'y a donc pas moyen de savoir si les mauvais traitements et la négligence régressent ou empirent. Au Canada, nous ne possédons de données sur la prévalence que depuis 1989 et, au mieux, elle n'offre qu'un bref aperçu du problème. Du point de vue de la planification stratégique, deux priorités ont émergé. La première est la nécessité de connaître les dimensions réelles du problème afin de pouvoir ajuster les interventions en conséquence. À cette fin, on pourrait faire un suivi auprès des personnes qui ont participé à l'étude Ryerson (1989). En outre, il faut réaliser une étude d'incidence, comparable à l'Étude nationale sur l'incidence de la violence envers les enfants, afin de faciliter la planification.

Les Canadiens ont tardé à effectuer des recherches sur les mauvais traitements et la négligence à l'égard des aînés en institution. Des données semblent toutefois indiquer qu'il s'agirait là d'un problème répandu. Nous n'avons cependant pas au pays de véritables

études sur l'incidence ou la prévalence des mauvais traitements et de la négligence dans les institutions. En outre, on n'a offert que peu de théories pour expliquer ce phénomène. Les chercheurs nord-américains ont énoncé un certain nombre d'hypothèses. Parmi celles-ci, mentionnons l'absence de politiques globales à l'égard des aînés infirmes; des incitats financiers engendrant des soins de piètre qualité font partie du système de soins prolongés; une application insuffisante des normes qui régissent les institutions; ainsi que des employés mal formés et stressés.

Au cours de la dernière décennie, les établissements canadiens ont subi des pressions croissantes pour établir des protocoles de détection, d'intervention et de prévention des mauvais traitements et de la négligence. Même si ces mesures auraient dû être prises depuis longtemps, nous ne possédons pas de renseignements sur le nombre d'établissements qui ont adopté ces stratégies et nous ne connaissons pas non plus leur efficacité. Nous soutenons donc qu'à l'heure actuelle, il est nécessaire d'effectuer des études de prévalence afin de déterminer le nombre d'aînés qui sont victimes de mauvais traitements ou de négligence dans les institutions à un moment ou à un autre. De telles études permettraient de connaître l'étendue du problème et de savoir où et comment utiliser nos ressources limitées. De même, des études de prévalence sont requises afin d'obtenir des indices sur l'étiologie des mauvais traitements. Elles nous fourniraient aussi les données pour évaluer l'efficacité des programmes de prévention. Enfin, il faudrait prendre sérieusement en compte les

conséquences des mauvais traitement; en effet, il semble exister des preuves que la violence est associée à des taux de mortalité à la hausse dans les institutions.

En ce qui concerne l'état de nos connaissances sur les caractéristiques des victimes et des abuseurs, la recherche effectuée au cours des quinze dernières années peut se résumer comme suit : les victimes d'actes de violence psychologique et physique sont souvent en bonne santé, mais elles ont des problèmes psychologiques, tandis que leurs abuseurs ont souvent des antécédents de maladie psychiatrique ou d'abus d'alcool et d'autres drogues, ou des deux, vivent souvent avec les victimes et dépendent d'elles sur le plan financier; les malades atteints de démence, qui ont un comportement perturbateur et qui sont soignés par des membres de leur famille, sont plus susceptibles d'être victimes d'actes de violence physique, alors que les soignants qui commettent ces actes peuvent avoir une faible estime de soi et souffrir de dépression clinique; il n'existe peut-être pas de victimes types d'exploitation financière; enfin, les victimes de négligence sont plutôt très âgées et présentent des déficiences cognitives et physiques, ce qui constitue une source de stress pour les personnes soignantes. Fait important, la documentation spécialisée a commencé à mentionner la race et l'origine ethnique parmi les facteurs de risque; mais jusqu'à présent, la réflexion à ce sujet n'est que de la spéulation.

Un examen des ouvrages portant sur les mauvais traitement et la négligence semble indiquer peu de nouvelles percées sur le plan théorique. Étant

donné la rareté des études d'incidence dans le monde, le peu de progrès à cet égard n'est pas étonnant. À l'heure actuelle, la majorité s'appuie toujours sur les mêmes vieilles théories qui souffrent des mêmes vieilles lacunes. Fait important à signaler, il existe toujours une forte tendance à prendre pour des explications théoriques des facteurs de risque individuels. Par exemple, un facteur de risque particulier comme le stress est souvent considéré comme une explication théorique complète, alors que ce facteur peut être intégré à bien des théories. Au moins quatre perspectives théoriques distinctes sont couramment présentées dans les ouvrages. Il s'agit du modèle axé sur les situations, de la théorie de l'échange social, de l'interactionnisme symbolique et du modèle féministe. Récemment, on a formulé une hypothèse selon laquelle il n'existerait pas d'explication unique des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des aînés. Si tel est le cas, nous sommes d'avis que les théoriciens devront tendre leurs filets au-delà des ouvrages actuels sur la violence dans les familles et à l'égard des aînés.

Les recherches sur les facteurs particuliers que l'on associe hypothétiquement aux mauvais traitements et à la négligence demeurent limitées, et celles qui sont effectuées présentent d'importants problèmes de méthodologie. Les principaux facteurs associés aux mauvais traitements sont les traits de personnalité des abuseurs, la violence transmise de génération en génération, la dépendance, le stress, et des facteurs sociaux structurels comme l'âgisme—qui peuvent tous entrer dans n'importe laquelle des théories susmentionnées. À l'heure actuelle, étant donné le peu de progrès dans le

domaine, il ne serait pas judicieux de présumer que l'on peut prédire qui sera victime de mauvais traitements ou de négligence ou des deux, quel que soit le nombre de protocoles en place ou leur degré de complexité. En ce qui concerne les services immédiats, il existe peu de protocoles, de politiques ou de procédures d'intervention officiels; et ceux qui existent varient d'évaluations non systématiques, fondées sur le jugement professionnel plutôt que sur des données objectives, jusqu'aux listes de vérification des indicateurs de risque. Bon nombre d'outils de dépistage et d'évaluation utilisés actuellement sont fondés sur des hypothèses énoncées dans les ouvrages sur la violence familiale, et comportent donc les mêmes lacunes que l'on retrouve ailleurs dans le domaine. Aujourd'hui, ces outils privilégient clairement les questions liées à la violence physique et à la négligence. Pour cette raison, il est probable qu'ils ne permettent de dépister qu'un faible pourcentage du nombre total de cas de mauvais traitements.

Quatre grands types de programmes ont été imaginés pour lutter contre les mauvais traitements et la négligence : les programmes qui offrent des services de protection juridique des adultes; les programmes fondés sur le concept de violence familiale; les programmes de défense des droits des aînés; enfin, un modèle intégré. L'ensemble des États américains et quatre provinces canadiennes ont fait face au problème des mauvais traitements et de la négligence en adoptant une législation spéciale de protection des adultes. Le concept de protection de l'enfance a influé sur cette approche qui se caractérise par des pouvoirs judiciaires

d'enquête, d'intervention et de divulgation obligatoire. Il y a eu, et il continue d'y avoir, beaucoup de controverses sur la législation et les programmes de protection des adultes. Leurs partisans soutiennent que ce type d'intervention permet de défendre les droits des aînés et de prendre des mesures pour améliorer leur qualité de vie tout en les protégeant contre la violence. Les détracteurs contestent vigoureusement cette position en soutenant que ce système infantilise les aînés et viole leur autonomie.

L'approche fondée sur le concept de violence familiale a pris un élan considérable en Amérique du Nord parce qu'elle n'est pas considérée comme une violation des droits de la personne ni comme de la discrimination fondée sur l'âge. Se déployant sur plusieurs fronts, elle mobilise tout un éventail de ressources sanitaires, sociales et judiciaires. Ce modèle ne manque pas de critiques, qui sont prompts à signaler les problèmes liés à l'intervention de la police et aux ordonnances restrictives, aux refuges mal gérés et au manque de services de suivi. En outre, l'approche ne s'applique pas aux cas de négligence.

Comme l'approche fondée sur le concept de violence familiale, celle orientée vers la défense des droits reconnaît que l'adulte âgé peut être vulnérable et se trouver dans une situation dangereuse. Les partisans des programmes de défense des droits croient que l'on doit faire appel aux méthodes d'intervention les moins restrictives et les moins gênantes possibles. Il ne fait aucun doute que de tels programmes aident à protéger et à promouvoir les droits des victimes.

Cependant, connaître ses droits est une chose, les défendre en est une autre. Les personnes qui peuvent s'affirmer sont plus susceptibles d'attirer l'attention. Malheureusement, de nombreuses victimes ont besoin d'aide mais n'en reçoivent pas en raison de leur handicap ou de leur isolement.

Une tendance a été observée en ce qui a trait aux services immédiats : la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires qui utilisent un modèle intégré. Bien que peu de recherches établissent l'efficacité de cette approche, de nombreuses personnes croient qu'elle permet d'améliorer la qualité et la quantité des soins. Sa principale lacune semble être que les équipes consacrent plus de temps à chaque cas que les professionnels travaillant seuls.

Il existe toujours un manque flagrant d'évaluations des programmes dans le domaine. Les questions les plus fondamentales—sur les types de services véritablement efficaces, les personnes qui en bénéficient et les circonstances qui les entourent—demeurent sans réponse. Or, ce domaine exige une attention immédiate. Étant donné l'importance de l'évaluation on a émis l'hypothèse que des discussions entre les cliniciens, les chercheurs et les aînés sur la façon de mesurer l'efficacité des interventions seraient utiles, aujourd'hui plus que jamais.

À l'heure actuelle, il semble exister trois principaux types d'obstacles à la prestation de services aux aînés victimes de mauvais traitements. Certains de ces obstacles sont associés à des variables relatives aux clients, d'autres sont attribués aux praticiens de première

ligne et d'autres existent en raison de problèmes systémiques généraux. L'obstacle le plus manifeste est l'hésitation des victimes à faire appel aux services. Du point de vue systémique, les principaux obstacles sont les suivants : le fait que les mandats des organismes ne visent pas expressément la lutte contre les mauvais traitements et la négligence; un financement inadéquat des ressources appropriées; enfin, un manque général de coordination des services existants. Il faut aujourd'hui établir une intervention globale, axée sur la collectivité et offrant des services abordables, accessibles, connus et perçus comme appropriés par les aînés eux-mêmes. En outre, il semble que les services destinés à la majorité ne répondent pas aux besoins des aînés issus de milieux différents. Ce fait, à lui seul, présente de nombreux défis pour la prestation des services.

L'éducation et la sensibilisation du public constituent des éléments essentiels de toute approche globale de lutte contre les mauvais traitements et la négligence à l'égard des aînés. Cela comprend l'éducation des aînés eux-mêmes, des professionnels, des personnes soignantes et du public. On a d'ailleurs élaboré au Canada un certain nombre de programmes stimulants et innovateurs à cet égard.

Ainsi, en réfléchissant aux réalisations de la dernière décennie dans le domaine des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des aînés, on a raison d'être fiers des progrès considérables accomplis. Ce qui ne veut pas dire qu'il ne reste rien à faire. La plupart de ces progrès ont été réalisés dans les domaines de la prévention et de l'intervention, alors que la recherche

n'a fait que de faibles gains. Il semble que la prochaine étape logique pour le Canada serait de mettre sur pied une organisation nationale qui se consacrerait à la lutte contre les mauvais traitements et la négligence à l'égard des aînés; elle pourrait regrouper les volets de la pratique, de l'éducation et de la recherche. De là pourrait s'élaborer une stratégie d'action nationale, mobilisant tous les intéressés—avant tout les plus importants, les aînés canadiens eux-mêmes.

1

Le contexte canadien

Le présent document a pour objet de donner un aperçu général des principales réalisations qui se sont produites dans le domaine de la violence et de la négligence à l'égard des aînés depuis la publication du premier document de travail, en 1989. À cette fin, nous réexaminons les problèmes relatifs à la définition de la violence et de la négligence; les questions concernant l'incidence et la prévalence de la violence; les progrès faits sur le front théorique et les problèmes afférents qui ont trait à la détermination des facteurs de risque de violence et de négligence. Nous étudions également les modifications apportées à la législation sur la protection des adultes et la recherche effectuée à cet égard, les progrès faits dans la création de protocoles de détection et d'intervention et les innovations survenues dans les programmes. Nous terminons l'étude en examinant quelques-unes des stratégies de prévention adoptées au Canada et en énonçant certaines idées pour la recherche de demain.

La recherche sur les mauvais traitements à l'égard des aînés¹ a connu une expansion considérable depuis la publication du premier document de travail fédéral, en 1989 (Gnaedinger, 1989). À cette époque, le problème venait juste d'être reconnu comme une autre forme de la violence familiale, à mettre au même rang que l'enfance maltraitée, « découverte » au cours des années 1960, ou la violence conjugale, définie au cours des années 1970. Bien que la première mention de la violence et de la négligence à l'égard des aînés ait été faite en Angleterre, au cours des années 1970 (Baker, 1975; Burston, 1975), c'est aux États-Unis, à la même époque, et au Canada, au cours des années 1980, que l'on a attaché la plus grande importance à cette question. Les premières études² de prévalence—effectuées par Bélanger (1981) et Grandmaison (1988), au Québec, par Shell (1982) et King (1984), au Manitoba, par la G. A. Frecker Association on Gerontology (1983), à Terre-Neuve, par Haley (1984), en

1 Lorsque qu'on a commencé à reconnaître l'existence de la violence et de la négligence à l'égard des aînés, on a d'abord parlé du problème des « vieillards maltraités », comme c'est encore le cas aujourd'hui dans la plupart des pays (Kosberg et Garcia, 1995b). Au Canada, au milieu des années 1990, plusieurs chercheurs et représentants de gouvernement ont décidé d'utiliser d'autres termes. Ils ont également consulté les aînés eux-mêmes. Les nouveaux termes proposés ont été « violence et négligence à l'égard des aînés, ou des personnes âgées », ou encore « mauvais traitements à l'égard des aînés ». En effet, l'utilisation du terme « vieillards » risquait d'être stigmatisante et de concentrer l'attention sur les plus âgés des aînés (Spencer, 1995). Dans le présent document de travail, nous n'employons les anciens termes que lorsque nous citons les premières recherches, effectuées avec ces termes.

2 On entend ici par prévalence le nombre de cas survenus dans une vie.

Nouvelle-Écosse, par Stevenson (1985), en Alberta, et par le ministère des Services sociaux et communautaires (1985), en Ontario—permettaient de supposer qu'un pourcentage important d'aînés canadiens étaient maltraités aux mains des personnes qui les soignaient.

Vers la fin des années 1980, le premier ouvrage canadien concernant la violence, rédigé par Schlesinger et Schlesinger (1988), a attiré l'attention du milieu sur certains problèmes alarmants auxquels devaient faire face les praticiens et les législateurs. Les auteurs ont trouvé près de deux cents documents nord-américains portant sur les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées, et ils ont dressé la première bibliographie commentée du Canada. Au cours des années 1980, la nécessité de remédier au problème a entraîné un examen de la législation de la protection des adultes et une évaluation des avantages et des inconvénients de l'obligation de signaler les cas de violence. Les premiers débats, limités à un petit groupe de praticiens et d'universitaires, ont fourni l'impulsion nécessaire pour réformer le système de la tutelle des adultes et la législation de la protection des adultes—processus qui avait débuté en 1973 à Terre-Neuve, et en 1976 en Alberta. À la même époque, le gouvernement fédéral et les provinces du Canada commencèrent à financer différents projets de recherche, d'éducation et d'intervention, qui visaient tous à produire des preuves irréfutables de l'existence de la violence et de la négligence à l'égard des aînés.

En 1989, l'enquête nationale historique, effectuée par Elizabeth Podnieks, a révélé que 4 p. 100 des Canadiens âgés vivant dans des maisons privées subissaient une certaine forme de mauvais traitements (Podnieks, 1990). La publication de cette étude a apporté une conclusion favorable à la première période des recherches canadiennes dans le domaine. Un groupe limité mais néanmoins important de praticiens résolus, secondé par un groupe de chercheurs encore plus réduit, a réussi à attirer l'attention des Canadiens sur le problème social troublant de la violence et de la négligence à l'égard des personnes âgées.

Les années 1990 ont inauguré une nouvelle époque, caractérisée par un engagement croissant dans la recherche, l'éducation et l'intervention en faveur des aînés canadiens maltraités. Aujourd'hui, de nombreuses conférences nationales, provinciales et locales, qui s'adressent aux professionnels, au public et aux personnes âgées elles-mêmes, portent sur tout l'éventail des questions liées à la violence et à la négligence à l'égard des aînés (ex., *La Voix*, 1995; Santé et Bien-être social Canada, 1997). Une mine de documents éducatifs est produite régulièrement aux échelons local, national et gouvernemental, malgré des ressources réduites, en vue d'apporter des solutions novatrices au problème (ex., British Columbia Seniors Advisory Council, 1992; Coalition « Vieillir sans violence », 1991; Santé et Bien-être social Canada, 1992; Santé et Bien-être social Canada, 1993; Mackenzie, 1991; Seniors Education Centre, 1991; Wasylkewycz, 1993; Wigdor, 1991).

Le début des années 1990 a vu arriver toute une nouvelle génération de chercheurs qui, non contents de prouver que la violence à l'égard des aînés était un problème social, ont commencé à mener des recherches pour guider la pratique et l'élaboration de la politique et, dans une moindre mesure, la refonte de la législation (ex., Beaulieu, 1992; Pittaway et Westhues, 1993; Poirier, 1992; Reis et Nahmias, 1995a; Stones et Pittman, 1995; Sweeney, 1995). À l'approche de la fin de la décennie, la violence à l'égard des

aînés a été reconnue comme un problème crucial, qui mérite des recherches universitaires sérieuses et une action sociale concertée de la part de tous les Canadiens. Au Canada, à l'approche du prochain millénaire, nous devons être conscients de cette évolution, des nouvelles questions qu'elle soulève et de leurs répercussions sur les aînés de demain.



2

Définition de la violence et de la négligence à l'égard des aînés

2.1 Définitions proposées

Un éminent chercheur dans le domaine de la violence à l'égard des aînés a fait remarquer que, dès le début de la recherche scientifique sur la nature et les causes de la violence à l'égard des personnes âgées, les définitions ont constitué un problème important (Wolf, 1988, p. 758). L'absence d'une définition généralement acceptable a entraîné la création d'un large éventail de définitions de la violence et de la négligence, qui continuent encore aujourd'hui à susciter des controverses et des débats (Bennett, 1990; Council of Europe, 1992; Decalmer et Glendenning, 1993; Kozma et Stones, 1995; Sanchez, 1996; Wallace, 1996). Néanmoins, la plupart des chercheurs semblent d'accord pour retenir trois grandes catégories d'actes de violence ou de négligence : 1) la violence familiale à l'égard des aînés; 2) la violence institutionnelle; (3) la négligence de soi ou la violence envers soi. La majorité des chercheurs s'entendent aussi sur les principaux types de mauvais traitements—violence physique, violence psychologique et exploitation financière. Toutefois, au-delà de cette classification, on s'entend peu (Decalmer et Glendenning, 1993; Hudson, 1994; Wolf, 1992).

Le choix des définitions est manifestement risqué. Aux fins du présent document, nous nous appuyons sur les définitions du National Centre on Elder Abuse (NCEA) des États-Unis, surtout parce qu'il existe un certain consensus quant à leur utilité. On entendra généralement par « violence familiale à l'égard des aînés » des mauvais traitements infligés à une personne âgée par quelqu'un qui a un lien particulier avec elle, par exemple un conjoint, un frère, une soeur, un enfant, un ami ou un soignant, dans le foyer même de la personne âgée ou dans celui de la personne soignante (NCEA, 1998). On parle de « violence familiale » parce que cette forme de mauvais traitements se produit au sein de la collectivité plutôt que dans une institution comme une maison de soins infirmiers. L'acte de violence peut causer un préjudice physique, psychologique ou matériel à la personne âgée, ce qui entraîne chez elle de la détresse et de la souffrance (Hudson, 1991; McDonald, 1996).

On entendra par « violence physique » l'utilisation de la force physique, laquelle peut entraîner des blessures corporelles, de la douleur physique ou une détérioration de la santé. La violence physique peut prendre diverses formes, entre autres : frapper (avec ou sans

objet), battre, pousser, secouer, gifler, donner des coups de pied, pincer ou brûler (NCEA, 1998; Stones, 1995; Wolf et Pillemeyer, 1989). Administrer abusivement des médicaments, utiliser abusivement des moyens de contention, faire manger l'aîné de force sont également considérés comme de la violence physique (NCEA, 1998). Les signes et symptômes possibles de violence physique sont résumés au tableau 1.

On entendra par « violence sexuelle », lorsqu'elle n'est pas incluse dans la violence physique (McDonald, 1996), un contact sexuel sans consentement et de n'importe quel type avec une personne âgée. Tout contact sexuel avec une personne incapable de donner son consentement est également considéré comme de la violence sexuelle. La violence sexuelle prend diverses formes : des attouchements non désirés et des agressions ou sévices sexuels graves, comme le viol, la sodomie, la nudité forcée et la photographie sexuelle explicite (NCEA, 1998). Les signes et symptômes possibles de violence sexuelle sont résumés au tableau 1.

On entendra par « violence psychologique (ou morale) » le fait de causer de l'angoisse, de la douleur ou de la détresse par des actes verbaux ou non verbaux. Ce type de violence comprend, sans s'y limiter, les agressions verbales, les insultes, les menaces, l'intimidation, l'humiliation et le harcèlement. Sont à considérer également comme de la violence morale le fait de traiter une personne âgée comme un enfant en bas âge, de l'éloigner de sa famille et de ses amis, de lui interdire ses activités

régulières, de passer de longues périodes sans lui adresser la parole, et de la tenir isolée sur le plan social. Ce type de violence est difficile à déterminer, comme on peut le voir à l'examen des signes et des symptômes mentionnés au tableau 1.

L'« exploitation matérielle » ou « exploitation financière » est l'utilisation illégale ou abusive des fonds, des biens ou des actifs de la personne âgée. Font partie de ce type de mauvais traitements : l'encaissement des chèques de l'aîné sans son autorisation, la falsification de sa signature, l'utilisation abusive ou le vol de son argent ou de ses biens, le fait de lui faire signer un document (ex., un testament) en recourant à la force ou à la tromperie, et l'utilisation abusive d'une tutelle ou d'une procuration (Gordon, 1992; Santé et Bien-être social Canada, 1993; McDonald, 1996; NCEA, 1998). Les signes et symptômes d'exploitation financière sont résumés au tableau 1. Le vol, l'agression physique, le viol et le cambriolage lorsqu'ils sont commis par une personne n'ayant pas de relation de confiance avec la personne âgée ne sont habituellement pas considérés comme des actes de violence à l'égard de l'aîné mais plutôt comme des crimes. On retrouve parmi les crimes contre les personnes âgées certaines formes de violence à l'égard des aînés, mais pas toutes (Santé et Bien-être social Canada, 1993; McDonald, 1996).

La « négligence » est un comportement nuisible intentionnel ou non intentionnel de la part d'une personne qui dispense des soins bénévoles ou non bénévoles à l'aîné, et à qui l'aîné a accordé sa confiance. Il y a négligence non

intentionnelle quand la personne ne s'acquitte pas de ses responsabilités en matière de soins, sans intention de causer du tort à l'aîné; il y a négligence intentionnelle lorsque la personne, consciemment et à dessein, ne satisfait pas les besoins de l'aîné, ce qui lui cause un préjudice psychologique, physique ou matériel (McDonald, 1996). On entend habituellement par « négligence » le refus ou l'omission de fournir à la personne âgée les nécessités de la vie, comme l'eau, les aliments, les vêtements, le logement, l'hygiène personnelle, les médicaments, les menus articles de confort, la sécurité personnelle et les autres biens essentiels (NCEA, 1998). La négligence est également difficile à déterminer, étant donné que les symptômes peuvent facilement se confondre avec la maladie (Filinson et Ingman, 1989). Certains des signes de négligence sont résumés au tableau 1.

La négligence de soi est le comportement d'une personne âgée qui menace sa propre santé et sa propre sécurité. On entend habituellement par ce terme le fait que l'aîné refuse, ou omet, de se procurer lui-même les nécessités de la vie, énumérées plus haut. Cette nouvelle définition de la négligence de soi exclut les situations où une personne âgée mentalement capable prend sciemment la décision de commettre des actes qui menacent sa sécurité (NCEA, 1998). Les signes et symptômes de la négligence de soi sont semblables à ceux de la négligence, mais il y a lieu de se demander si la négligence de soi doit être incluse dans une étude sur les mauvais traitements à l'égard des aînés, étant donné qu'il n'intervient ici aucune violence de la part d'une personne chargée de fournir des soins à l'aîné.

Tableau 1 : Signes et symptômes de mauvais traitements

VIOLENCE PHYSIQUE	VIOLENCE SEXUELLE	EXPLOITATION FINANCIÈRE OU MATÉRIELLE
<ul style="list-style-type: none"> meurtrissures, yeux au beurre noir, cicatrices, lacerations, traces de restriction par corde fractures d'os, fractures du crâne plaies ouvertes, coupures, perforations, blessures non traitées à divers stades de guérison entorses, dislocations et blessures ou saignements internes lunettes brisées, signes de contention découvertes en laboratoire de dose excessive de médicament ou de sous-utilisation de médicaments prescrits déclaration de l'aîné selon laquelle on le frappe, le gifle, lui donne des coups de pied ou le maltraite changement soudain de comportement chez l'aîné refus d'une personne soignante de permettre aux visiteurs de voir une personne âgée 	<ul style="list-style-type: none"> meurtrissures autour des seins ou des zones génitales maladie vénérienne ou infections génitales inexpliquées saignement vaginal ou anal inexpliqué sous-vêtements déchirés, salis ou tachés de sang déclaration de la personne âgée selon laquelle on l'a agressée sexuellement ou violée 	<ul style="list-style-type: none"> changements soudains dans le compte de banque ou dans les pratiques bancaires inclusion d'autres noms sur la fiche de signature bancaire de l'aîné retrait de fonds sans autorisation de l'aîné, au moyen de sa carte de guichet automatique modification soudaine du testament ou d'autres documents financiers disparition inexpliquée de fonds ou de biens précieux factures impayées malgré des fonds suffisants falsification manifeste de la signature de l'aîné transfert soudain et inexpliqué de biens de l'aîné à quelqu'un de la famille ou de l'extérieur déclaration de l'aîné selon laquelle il est victime d'exploitation financière
	<p style="text-align: center;">VIOLENCE MORALE OU PSYCHOLOGIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> agitation sur le plan émotif aîné extrêmement distant, non communicatif, non réceptif comportement inhabituel attribué d'ordinaire à la démentie (ex. sucer, mordre, se balancer) déclaration de l'aîné selon laquelle on le maltraite verbalement ou moralement 	
	<p style="text-align: center;">ABANDON</p> <ul style="list-style-type: none"> abandon de l'aîné à l'hôpital, dans une maison de soins infirmiers ou dans une institution abandon de l'aîné dans un centre commercial ou dans un autre endroit public déclaration de l'aîné selon laquelle on l'a abandonné 	

Tableau 2 : Signes et symptômes de négligence et de négligence de soi

NÉGLIGENCE	AUTO-NÉGLIGENCE
<ul style="list-style-type: none"> • déshydratation, malnutrition, plaies de lit non traitées, mauvaise hygiène personnelle • problèmes de santé laissés sans soins ou sans traitement • conditions de vie hasardeuses ou dangereuses (saleté, literie sale, odeurs) 	<ul style="list-style-type: none"> • déshydratation, malnutrition, plaies de lit non traitées, mauvaise hygiène personnelle • problèmes de santé laissés sans soins ou sans traitement • conditions de vie hasardeuses ou dangereuses (ex., mauvais câblage électrique, pas de chauffage) • conditions de vie malsaines ou malpropres (odeurs) • vêtements inappropriés ou insuffisants, manque d'aides médicales (ex. lunettes, appareil auditif) • logement très inadéquat ou pas de logement

Remarque : Adapté d'un document du National Centre on Elder Abuse, 1998.

Récemment, on a ajouté l'abandon à la liste des mauvais traitements. Il y a « abandon » quand une personne chargée de donner des soins à l'aîné ou d'assurer sa garde physique l'abandonne (NCEA, 1998). Les signes et symptômes les plus fréquents d'abandon sont énumérés au tableau 1.

2.2 Les débats concernant les définitions

De nombreux professionnels de la lutte contre les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées sont las de la recherche constante de définitions de la violence et de la négligence. Cependant, la question demeure importante : les définitions déterminent qui est compris on non parmi les victimes de violence, qui est visé ou non par la législation, et

qui est admissible ou non aux services offerts. Elles permettent aussi de déterminer le type de traitement que l'on offrira et, enfin, dans quelle mesure ce traitement sera efficace. Bref, des définitions précises de la violence et de la négligence assurent l'exactitude du dépistage et de la classification, et le choix d'un traitement approprié.

En outre, les écarts entre les définitions rendent impossible de regrouper ou de comparer les données recueillies dans les différentes provinces du Canada ou par les divers organismes de services sociaux d'une même ville. Sans définitions normalisées de la violence et de la négligence, il est également hors de question d'établir des comparaisons entre les différentes parties du pays. Si le Canada devait effectuer une autre étude pour déterminer la prévalence de

la violence comme il l'a fait en 1989, nous devrions retenir les définitions originales de la violence pour pouvoir juger si le problème a reculé ou s'est aggravé depuis cette époque (Podnieks, 1992).

Le « désordre des définitions » observé par Pillemer et Finkelhor (1988, p. 52) peut être attribué à un certain nombre de facteurs. L'une des difficultés manifestes est le fait que les définitions ont été élaborées selon différentes perspectives—celles de l'aîné maltraité, celle du proche qui le soigne, celle du professionnel de la santé, celle de l'avocat, celle de la police, celle du travailleur social et celle du décideur. Si le policier subit probablement l'influence des définitions du *Code criminel*, l'intervenant communautaire, lui, suit la ligne de conduite de son organisme, qui encourage très probablement l'utilisation d'une définition plus générale, susceptible de s'appliquer à tous les cas de violence qui se présentent dans la collectivité. Cette différence de perspective est facile à illustrer : ainsi, lors d'une étude canadienne, on a constaté qu'il existait un écart considérable entre l'opinion du public sur la violence physique et celle des professionnels qui sont en contact avec la violence (Gebotys, O'Connor et Mair, 1992). Les définitions juridiques de la violence et de la négligence varient également avec les provinces. Par exemple, à Terre-Neuve, la législation ne s'applique qu'aux adultes « négligés » et ne contient aucune disposition sur la violence, tandis qu'en Colombie-Britannique, la législation donne une définition précise de la violence (Robertson, 1995).

L'examen des premiers ouvrages consacrés à la violence envers les aînés révèle que les chercheurs et les praticiens avaient tendance à élaborer des taxonomies ou des typologies (listes de types) de la violence et de la négligence à l'égard des aînés (Block et Sinnott, 1979; Chen *et al.*, 1981; Hickey et Douglas, 1981; Lau et Kosberg, 1979; McDonald *et al.*, 1991; Pillemer et Finkelhor, 1988; Rathbone-McCuan et Voyles, 1982; Sengstock et Hwalek, 1987; Sengstock et Liang, 1982; Steinmetz, 1990) ou à tenter d'élaborer des définitions conceptuelles générales et exhaustives, qui saisissent la nature multidimensionnelle de la violence (Filinson, 1989; Fulmer et O'Malley, 1987; Hudson, 1988; Johnson, 1986, 1991; O'Malley *et al.*, 1979, 1983; Podnieks, 1985; Rathbone-McCuan, 1980; Wolf, 1988).

Le problème inhérent aux listes descriptives des différents types de violence est qu'il n'existe aucune uniformité, ni entre les catégories des experts, ni au sein de ces catégories. Par exemple, certains chercheurs incluent la violation des droits parmi les mauvais traitements, tandis que d'autres omettent cette catégorie (Lau et Kosberg, 1979; Sengstock et Hwalek, 1987). En outre, les catégories contiennent un éventail d'actes de violence si vaste qu'elles ont tendance à devenir inutilisables dans la pratique parce que tous les actes deviennent alors des actes de violence ou de négligence. Les définitions conceptuelles occasionnent également des problèmes. À titre d'exemples-types, mentionnons la définition de Fulmer et O'Malley (1987) : les mauvais traitements

désignent tout acte commis par un aidant qui créent des besoins non satisfaits chez l'aîné (p. 27), ou celle de Johnson (1991) : les souffrances que s'inflige la personne âgée ou que lui infligent d'autres personnes, qui ne sont pas nécessaires au maintien de la qualité de sa vie et qui constituent de la violence et de la négligence résultant d'une situation accablante (p. 4). La première définition porte sur les conséquences de la violence, alors que la seconde renvoie aux causes, aux moyens et aux conséquences de la violence (Johnson, 1991; Stones, 1995). Le manque d'uniformité des définitions conceptuelles et leur nature imprécise causent de la confusion non seulement chez les chercheurs mais aussi chez les travailleurs sociaux.

2.3 Les années 1990 et au-delà

Même si la terminologie de la violence et de la négligence est loin d'être définitivement établie, il y a eu au cours des années 1990 un effort concerté pour remédier à l'absence de consensus autour des définitions. Les chercheurs ont « étudié » les définitions elles-mêmes et ils ont obtenu certains résultats intéressants. Le chercheur canadien Michael Stones (1995) trouve trois approches de base dans les définitions de la violence et de la négligence que l'on retrouve dans les ouvrages professionnels. Il montre qu'il existe des définitions associatives, qui mettent l'accent sur les conséquences de la violence, comme les deux exemples ci-dessus, tirés de Johnson (1991) et de Fulmer et O'Malley (1987). Il existe aussi des définitions basées sur des critères structurels, qui

mettent en évidence les critères à utiliser pour déterminer si le comportement est violent. Stones (1995) renvoie à sa propre définition : une violation des normes reconnues, commise par une personne en qui l'aîné a des raisons d'avoir confiance (p. 114). La troisième approche consiste à utiliser des définitions dénotatives, comme ce que nous avons fait en dressant nos listes descriptives du tableau 2. Les exemples du tableau 2 découlent de la compilation d'un inventaire des actes de violence, produit à la suite de plusieurs séances dans le cadre desquelles des personnes âgées et des praticiens se sont mis d'accord sur les différents types de mauvais traitements (Stones, 1995).

Le cadre conceptuel de Stones projette un nouvel éclairage sur la question des définitions. Les efforts constants visant à faire participer les aînés et les personnes qui les soignent au processus de définition sont cruciaux si l'on veut que tous les Canadiens soient en mesure de reconnaître la violence (Beaulieu, 1992; Hudson, 1994; Johnson, 1995; Nandlal et Wood, 1997).

Certains chercheurs norvégiens, qui utilisent la science des significations (sémiologie) pour comprendre les actes de violence (Johns, Hydle et Aschem, 1991), ont élaboré un modèle selon lequel la violence et la négligence commises par d'autres adultes est un acte social, qui comporte un témoin ayant une vision claire et une évaluation morale de l'acte. Il s'agit d'un point de vue totalement différent des perspectives américaines, qui, récemment encore, ne s'arrêtent pas aux aspects moraux de la violence.

Alors même que l'on s'attaque aux lacunes des définitions existantes, de nouveaux problèmes compliquent la question. La mondialisation des activités relatives à la violence et à la négligence à l'égard des personnes âgées entraîne de nouveaux défis en matière de définitions, par suite de l'apport intellectuel des divers pays. Cette diversité des perspectives nous a aidés à prendre en compte la diversité multiculturelle de notre propre société, la société canadienne. C'est ainsi que dans le cadre d'une étude récente sur les perceptions interculturelles des mauvais traitements infligés aux aînés, le concept d'abandon a été introduit à propos des aînés victimes de violence en Inde (Shah, Veedon et Vasi, 1995) et à Hong Kong (Kwan, 1995). La notion d'abandon a été adoptée depuis par le NCEA des États-Unis. Dans certains pays, les définitions de la violence ne tiennent pas compte de l'âge, souvent parce que la faible espérance de vie de la population empêche la plupart des personnes d'atteindre un âge avancé (Kosberg et Garcia, 1995a). Plus près de nous, Tindale (1994) déplore à juste titre le manque de recherches sur les différences ethniques dans les modèles de violence et de négligence à l'égard des aînés au Canada. Quelques études canadiennes sur les communautés ethnoculturelles, effectuées par l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIiac) (1992), Bergin (1995) et Spencer (1996), représentent un pas dans la bonne direction, mais cela n'est qu'un début. La première conférence nationale sur la compréhension de la violence à l'égard des aînés des populations minoritaires et sur la lutte contre cette violence s'est tenue aux États-Unis aussi

récemment qu'en 1997, ce qui nous force à conclure que nos connaissances en ce domaine sont, au mieux, préliminaires.

Les années 1990 ont également été celles de la « découverte » d'un autre groupe de Canadiens vulnérables à la violence : les personnes handicapées, que certains cercles rangent avec les aînés victimes de violence en les regroupant sous la notion générale d'adultes vulnérables (Mickish, 1993; Roeher Institute, 1995; Santé et Bien-être social Canada, 1997; Sobsey, 1994). On justifie cette classification en expliquant qu'un nombre croissant de personnes handicapées se rendent jusqu'à la vieillesse et qu'elles partagent un grand nombre de besoins et d'intérêts avec les aînés victimes de violence. En outre, on se dit qu'en fusionnant les deux groupes, il devient plus facile de maximiser les résultats étant donné les ressources limitées dont on dispose pour lutter contre le problème dans l'un et l'autre groupes (Santé et Bien-être social Canada, 1997). Certes, la combinaison des ressources profitera sans aucun doute aux deux groupes; mais il reste à voir comment cette fusion sera perçue par les personnes handicapées et par les aînés, et comment les deux groupes réagiront à l'attribution du statut commun d'« adultes vulnérables »—une autre expression qui appelle une définition.

Le défi du prochain siècle consistera donc à perfectionner les définitions de la violence et de la négligence, à continuer de chercher un terrain d'entente sur les définitions entre praticiens, universitaires, législateurs et décideurs, à

assimiler les perspectives sur la violence qui sont celles des collectivités ethniques du Canada et, peut-être, des groupes de personnes handicapées, et enfin à assurer et améliorer la participation des personnes les plus touchées par l'élaboration des définitions—les aînés canadiens eux-mêmes (McDonald, Harnick, Robertson et Wallace, 1991).



3

La violence et la négligence à l'égard des aînés en milieu familial

De nombreuses études ont permis de documenter l'existence et la nature de la violence et de la négligence à l'égard des aînés, mais ce n'est que dans quelques-unes que l'on a recueilli des données sur la prévalence (nombre de cas dans toute une vie) et l'incidence (nombre de nouveaux cas au cours d'une période donnée) du problème parmi les aînés hors établissement. Il s'est révélé difficile d'obtenir des données exactes, non seulement parce que les définitions de la violence et de la négligence varient mais aussi parce que les méthodes employées pour traiter ce sujet très délicat diffèrent et que les échantillons étudiés ne représentent pas complètement ni exactement les personnes âgées (Decalmer et Glendenning, 1993; McDonald, 1996). La violence est un problème caché que, parfois, les personnes âgées n'osent pas signaler (McDonald *et al.*, 1991) et les cas signalés ne représentent probablement que « la partie émergée de l'iceberg ». Vu ces difficultés, il n'est pas facile d'interpréter les taux de prévalence déclarés, lesquels varient de taux aussi bas que de un à trois p. cent en Australie, en Norvège et aux États-Unis, de quatre p. 100 au Canada et cinq p. 100 en Finlande, jusqu'à un taux aussi élevé que 17 p. 100 en Suède et un taux maximal signalé de 20 p. 100 en France (Compton, Flanagan et Gregg,

1997; Dunn, 1995; Hugonot, 1990; Johns et Hydle, 1995; Kivelä, 1995; Kurral, Sadler et Cameron, 1992; Kurral *et al.*, 1997; Pillemer et Finkelhor; 1988; Podnieks, 1992).

L'étude la plus largement citée a été effectuée en 1985-1986 aux États-Unis (Pillemer et Finkelhor, 1988). L'étude de la région métropolitaine de Boston, basée sur un échantillon représentatif de 2 020 personnes, toutes âgées de 65 ans ou plus, a permis de constater que 3,2 p. 100 de celles-ci avaient subi un certain type de violence. Environ 2 p. 100 des personnes de l'échantillon avaient subi de la violence physique, 1,1 p. 100 avaient subi de la violence verbale chronique et environ 0,4 p. 100 avaient été négligées. On n'a pas pris en considération l'exploitation financière dans cette recherche, ce qui a donné un taux de prévalence généralement plus faible que ceux déclarés au Canada et en Grande-Bretagne. Cette recherche a montré que la violence envers le conjoint était plus prévalente (58 p. 100) que la violence exercée par les enfants adultes (24 p. 100); elle a aussi montré qu'un nombre égal d'hommes et de femmes étaient victimes de violence et que la situation financière et l'âge n'étaient pas liés au risque de violence (McDonald, 1996).

Des versions modifiées d'une étude de prévalence américaine ont été effectuées au Canada et en Grande-Bretagne. L'enquête téléphonique nationale de 1989 effectuée au Canada, parfois appelée étude Ryerson, a porté sur 2 008 personnes âgées choisies au hasard. Au cours de cette étude, on a constaté qu'environ quatre p. 100 des personnes de l'échantillon ont signalé un certain type de violence (Podnieks *et al.*, 1990). Environ 2,5 p. 100 des personnes de l'échantillon ont subi de l'exploitation financière, 1,4 p. 100 ont subi de l'agression verbale chronique et 0,5 p. 100 ont subi de la violence physique. Environ 0,4 p. 100 ont signalé de la négligence. La violence physique et l'agression verbale physique ont été le fait de conjoints, tandis que l'exploitation financière a eu tendance à être le fait de personnes parentes et non parentes. Comme dans l'étude américaine, les hommes et les femmes étaient également représentés parmi les personnes victimes de violence (Podnieks *et al.*, 1990).

Bien qu'il n'y ait pas eu d'autres études de prévalence nationales au Canada, il y a eu, en Colombie-Britannique, une étude appelée Notary Study, laquelle a projeté un nouvel éclairage sur l'exploitation financière, la forme la plus commune d'exploitation au pays (Spencer, 1996). Dans un échantillon aléatoire de deux cents personnes âgées choisies sur une liste de recensement provinciale, on a constaté qu'environ un sur 12, soit 8 p. 100, des répondants avaient subi de l'exploitation financière depuis qu'ils avaient 60 ans. Les hommes et les femmes âgés étaient également susceptibles de subir de l'exploitation, habituellement de la part

de membres de la famille, et les filles étaient les plus susceptibles d'exercer cette exploitation. Les principaux types d'exploitation étaient, entre autres, l'abus des procurations et des transactions immobilières, par exemple la cession du droit de propriété d'une maison. Dans cette étude, les personnes âgées exploitées n'étaient pas plus susceptibles d'être physiquement dépendantes de la personne exerçant l'exploitation que les personnes non exploitées mais, si elles l'étaient, l'exploitation avait tendance à être de nature plus grave. La dépendance physique était également associée à une forte probabilité que les autres formes de violence se produisent en même temps (Spencer, 1996). Fait assez intéressant, les personnes qui subissaient l'exploitation n'avaient pas moins d'expérience financière que celles qui n'en étaient pas victimes (Spencer, 1996). Une autre forme de violence était associée aux deux tiers des situations d'exploitation financière (Spencer, 1996).

L'étude britannique a été effectuée dans le cadre d'une enquête régulière qui est effectuée tous les mois par la section « omnibus », chargée des recensements de l'Office of Population (Bennett et Kingston, 1993; Ogg et Bennett, 1992). Les rapports, basés sur un sous-échantillon de 593 personnes âgées, provenant d'une enquête nationale britannique effectuée en 1992 et portant sur 2 130 personnes, ont indiqué que cinq p. 100 des personnes de l'échantillon étaient victimes de violence verbale de la part d'un membre de leur famille, que deux p. 100 étaient victimes de violence physique et que deux p. 100 subissaient de l'exploitation

financière. On n'a donné aucun chiffre global sur le nombre de cas de violence. Plus de femmes que d'hommes subissaient de la violence verbale tandis qu'une proportion un peu plus élevée d'hommes ont signalé de la violence physique et de l'exploitation financière (Bennett et Kingston, 1993).

Les résultats de ces études nationales de prévalence ne peuvent pas se comparer directement en raison des différences dans leurs méthodes et procédures; toutefois, les trois enquêtes révèlent que la plupart des personnes âgées ne sont pas victimes de violence et de négligence. Les taux de prévalence de cinq p. 100 ou moins sont relativement bas mais ils peuvent également être trompeurs. Bien que ces études représentent les meilleures études de prévalence à l'heure actuelle, elles souffrent toutes de lacunes dans leur conception et dans leur mise en œuvre; elles sont sujettes à des différences culturelles et contextuelles et, très probablement, elles fournissent de faibles estimations parce que les personnes qui présentent des déficiences cognitives ont été exclues des recherches (McDonald, 1996, p. 2).

Les taux d'incidence de violence à l'égard des personnes âgées sont encore presque inconnus dans la plupart des pays, dont le Canada. Aux États-Unis, une étude nationale d'incidence effectuée entre 1994 et 1997 vient de se terminer, mais les données ne sont pas encore prêtes pour la publication. Cette étude, effectuée par le NCEA, a permis de recueillir des données sur la violence familiale à l'égard des aînés. Ces données provenaient des services de protection des adultes, des bureaux régionaux s'occupant du vieillissement

et de « sentinelles » (personnes effectuant la collecte de données qui sont formées spécialement pour cette étude) en poste dans des organismes ne s'occupant pas exclusivement du vieillissement. Cette approche, que l'on a utilisée pour les études d'incidence et de prévalence de violence à l'égard des enfants, fournira des renseignements sur des cas signalés et non signalés de violence à l'égard des personnes âgées (NCEA, 1998; Wolf, 1997).

Dans l'intervalle, le National Aging Resource Centre on Elder Abuse, aux États-Unis, a tenté d'estimer les taux d'incidence sur la base de deux enquêtes des organismes d'État chargés du service de protection des adultes et des unités d'État qui s'occupent du vieillissement à la grandeur des États-Unis. En 1986, 117 000 rapports motivés de violence en milieu familial ont été soumis, contre 128 000 en 1987, 140 000 en 1988, 211 000 en 1990 et 227 000 en 1991. Il y a eu 227 000 rapports en 1993 et 241 000 en 1994 (NCEA, 1998). La négligence semble être la forme de mauvais traitements la plus répandue, allant de 47 p. 100, en 1990, à 58,5 p. 100, en 1994. Les rapports de violence physique sont tombés de 20,2 p. 100 de l'ensemble des rapports à 15,7 p. 100, en 1994. Au cours de la période de quatre ans, l'exploitation financière est tombée de 17,3 p. 100 à 12,1 p. 100, tout comme la violence émotive, laquelle est tombée de 11,7 p. 100 de l'ensemble des rapports, en 1990, à 8,1 p. 100, en 1994. Les rapports de violence sexuelle ont semblé demeurer constants au cours des quatre années, représentant environ 0,5 p. 100 des cas (NCEA, 1998).

Ces chiffres nationaux doivent être interprétés avec une certaine prudence, en raison des grandes différences dans les définitions et les critères sur lesquels on se fonde pour signaler la violence, ainsi que de la possibilité de chevauchement dans les déclarations. Il est manifeste que le taux d'incidence est à la hausse, mais cela pourrait dépendre de la sensibilisation accrue au problème et d'améliorations apportées aux méthodes de déclaration. En outre, certains experts soutiennent qu'un seul cas de violence familiale sur 14 (à l'exclusion de la négligence de soi) est porté à l'attention des organismes (NCEA, 1998).

Au Canada, nous n'avons aucun moyen de savoir si le problème diminue ou s'il

empire, parce que nous n'avons que des données sur la prévalence—un bref instantané en 1989—and absolument pas de données sur l'incidence. Au moment où nous nous préparons à l'avenir, il serait utile de connaître l'ampleur réelle du problème afin de pouvoir nous assurer que nos stratégies d'intervention et d'éducation sont établies de façon à répondre aux besoins actuels. Un suivi auprès des répondants à l'étude Ryerson nous aiderait à atteindre cet objectif d'une façon relativement peu coûteuse. De même, une étude d'incidence, comparable à l'Étude nationale sur l'incidence de la violence envers les enfants (Santé Canada), nous aiderait à planifier l'avenir, au moment où les membres de la génération du baby-boom prennent de l'âge.

4

La violence et la négligence à l'égard des aînés en milieu institutionnel

4.1 Définitions et catégories

Les Canadiens et les Canadiennes ont été assez lents à effectuer des recherches sur la violence et la négligence à l'égard des personnes âgées en milieu institutionnel, bien que Podnieks ait exprimé des préoccupations au sujet de ce type de violence dès 1983. Le terme « institution » renvoie d'ordinaire à un large éventail d'établissements, comme les hôpitaux et les établissements de soins prolongés, lesquels comprennent les maisons de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées (McDonald, 1996). En 1994-1995, le gouvernement fédéral, en partenariat avec un groupe consultatif national de professionnels s'occupant de la violence à l'égard des personnes âgées, a produit trois publications sur la violence

et la négligence à l'égard des aînés en milieu institutionnel (Beaulieu et Tremblay, 1995; Spencer et Beaulieu, 1994). Reconnaissant que la violence en milieu institutionnel est « un concept élusif »³, selon ces rapports, on entend par violence et négligence en milieu institutionnel «... tout acte ou omission concernant un pensionnaire d'une institution qui cause un préjudice à cette personne ou qui la prive injustement de son indépendance. » (Spencer, 1994, p. 19). En élargissant cette définition, l'auteur lui ajoute une nouvelle dimension que n'ont pas la plupart des autres définitions⁴, notamment qu'un auteur de violence en milieu institutionnel pourrait être une autre personne se trouvant dans une situation de confiance, par exemple un membre de la famille ou un ami (Spencer, 1994).

3 Wierucka et Goodridge, (1996), font remarquer que la violence institutionnelle est un concept élusif, en particulier lorsqu'un préjudice non intentionnel est causé au pensionnaire. Leur exemple d'un malade arthritique forcé de prendre un bain douloureux en raison d'une consigne de l'institution pourrait être considéré comme de la violence bien qu'il n'y ait eu là aucune intention de faire tort au malade.

Spencer et Beaulieu (1994) reprennent cette piste dans leur discussion quant à savoir si l'intention devrait être incluse dans la définition de la violence à l'égard des personnes âgées et elle se prononce contre son inclusion et en faveur de mesures visant à remédier au préjudice.

4 La définition employée pour la violence en milieu institutionnel par le National Centre on Elder Abuse est semblable à celle concernant la violence et la négligence en milieu familial; sauf que les auteurs d'actes de violence en milieu institutionnel sont habituellement des personnes qui ont l'obligation légale ou contractuelle de fournir aux personnes âgées les soins et la protection. Cette définition est axée sur l'aspect juridique de la relation de personne soignante et met moins l'accent sur les conséquences de la violence, si on la compare à la définition canadienne.

La violence et la négligence à l'égard des personnes âgées en milieu institutionnel entrent dans les mêmes catégories que celles qui servent à décrire la violence familiale, mais les victimes sont vraisemblablement plus vulnérables face à la violence, en raison du fait qu'elles ont besoin du milieu protecteur d'un établissement (Beaulieu et Bélanger, 1995). Certains chercheurs, dont Spencer (1994), ont ajouté les violations des droits civils ou des droits fondamentaux à la liste des actes de violence qui peuvent se produire dans les institutions, ainsi qu'une catégorie particulière de violence médicale qui comprend « ... tout procédé ou traitement médical qui est effectué sans la permission de la personne âgée ou de son fondé de pouvoir reconnu légalement » (1994, p. 20). La violence ou la négligence en milieu institutionnel peut donc prendre plusieurs formes, par exemple « ... un acte isolé en opposition complète avec les normes de conduite convenable de la société (p. ex., donner un coup de poing à un pensionnaire) » ou « ... une répétition régulière de n'importe quel type d'acte de violence ou de négligence » (Spencer, p. 20). Les institutions peuvent aussi être la scène de violence et de négligence systémiques, c'est-à-dire de situations préjudiciables créées, permises ou facilitées par les procédures de l'institution, qui sont censées être conçues pour dispenser les soins (Spencer, 1994). Comme dans le cas

de la violence familiale, de nombreux actes de violence ou de négligence dans les institutions sont des crimes, par exemple l'agression, l'agression sexuelle, le vol et la falsification (Spencer, 1994). D'autres exemples de violence et de négligence en milieu institutionnel figurent au tableau 3.

Comme on pouvait s'y attendre, les personnes intéressées s'entendent peu sur les définitions de la violence et de la négligence en milieu institutionnel, pour bon nombre des mêmes raisons que dans le cas de la violence familiale : des perspectives professionnelles différentes; des valeurs et des croyances personnelles divergentes et des différences de culture et de perspective entre la personne soignante et la personne victime de violence (Bennet et Kingston, 1993; Spencer, 1994)⁵. Malgré cette absence de consensus, on semble acquérir graduellement une compréhension de plus en plus complète et complexe de la violence en milieu institutionnel. Dans l'une des études canadiennes, Beaulieu (1992) décrit la façon dont les opinions des gestionnaires d'établissements publics ont changé avec le temps. Dans son étude, les gestionnaires ont déclaré qu'ils avaient modifié leur compréhension de la violence en l'espace de quelques années, passant d'un point de vue sur la violence limité aux mauvais traitements physiques à l'inclusion de formes plus subtiles de violence à l'égard des personnes âgées,

5 Les répercussions des problèmes relatifs aux définitions sont mises en évidence par l'expérience du Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique (1994). Ce groupe de travail a examiné les données sur la détection, l'évaluation et le traitement des cas de violence et il a conclu que la détection est impossible parce qu'on ne possède pas suffisamment de données pour justifier l'inclusion ou l'exclusion des conclusions des cas. Une partie du problème vient du fait que les facteurs de risque ne sont pas spécifiques ni suffisamment perceptibles pour être utiles dans les conclusions des cas (Groupe de travail canadien, 1994).

comme la violation des droits de la personne. Ils ont également semblé reconnaître la possibilité de la violence systémique (Beaulieu, 1992).

4.2 L'incidence et la prévalence des actes de violence et de négligence à l'égard des aînés en milieu institutionnel

La violence en milieu institutionnel a été étudiée beaucoup moins que la violence familiale, peut-être à cause du fait que si peu de personnes âgées vivent en institution (seulement environ sept pour cent des personnes âgées vivent dans les maisons de soins infirmiers au Canada) (Beaulieu et Bélanger, 1995; Spencer, 1994). Un chercheur de Grande-Bretagne soutient que l'on n'a accordé presque aucune attention à la violence en milieu institutionnel parce que cette violence a été assimilée à une forme de violence familiale; cela empêche l'étude de la violence en milieu institutionnel (Phillipson, 1993).

Toutefois, il existe suffisamment de preuves anecdotiques que le comportement violent est un aspect répandu et régulier de la vie en milieu institutionnel. Il y a eu des rapports d'exploitation matérielle, y compris le vol des fonds du patient et des frais de thérapie et de pharmacie frauduleux; de violence physique, y compris des mauvais traitements médicaux comme la contrainte chimique et la contention physique; de violence psychologique, dont l'isolement social (Beaulieu et Tremblay, 1995; Gilleard, 1994;

Halamandris, 1986; Meddaugh, 1993; Middleton et Forbes, 1993; Paton, Huber et Netting, 1994; Payne et Cikovic, 1995; Spencer, 1994).

L'étude la plus fidèle de la violence dans les maisons de soins infirmiers a été effectuée aux États-Unis (Pillemer et Moore, 1989, 1990). Dans une enquête fondée sur un échantillon aléatoire de 577 infirmières et infirmiers et aides de soins infirmiers, effectuée en 1989, on a demandé aux membres du personnel de signaler les actes de violence commis par d'autres personnes ainsi que leurs propres actes de violence. On n'a pris en considération que la violence physique et psychologique. Les chercheurs ont constaté que, dans l'ensemble, 36 p. 100 des personnes de l'échantillon avaient été témoins d'au moins un incident de violence physique au cours de l'année précédente. Le type le plus fréquent de violence physique observé par le personnel était la contention excessive des malades. Un total de 81 p. 100 des personnes visées par l'enquête avaient été témoins d'au moins un incident de violence psychologique au cours de l'année précédente. Le type le plus fréquent de violence psychologique observé par le personnel était le fait de se mettre en colère et de crier à un malade (70 p. 100). Dix pour cent des infirmières ont déclaré qu'elles avaient *elles-mêmes* commis un ou plusieurs actes de violence physique, le plus fréquent étant l'utilisation excessive de moyens de contention (six p. 100). Quarante pour cent des infirmières ont reconnu avoir commis des actes de violence psychologique, dont la forme la plus fréquente consistait à crier à un malade (33 p. 100).

Tableau 3 : Exemples de signes et de symptômes de violence et de négligence dans les institutions

NÉGLIGENCE	EXPLOITATION FINANCIÈRE	VIOLENCE MÉDICALE
<ul style="list-style-type: none"> • déshydraté, mal nourri • prothèse dentaire, lunettes, appareils auditifs manquants • manque d'hygiène, vêtements inappropriés • problèmes médicaux non traités • mauvais état de la peau • malade laissé sans soins ou attaché à un lit ou à une chaise • omission de surveiller les malades soumis à la contention • omission de permettre des services extérieurs, aucun rendez-vous médical extérieur 	<ul style="list-style-type: none"> • manque de nécessités de la vie ou de menus articles de confort • utilisation sans permission de l'argent ou des biens du pensionnaire par d'autres personnes • disparition des biens du pensionnaire • modification inexpliquée d'un contrat ou d'un testament • moyens inadéquats de protection des biens du pensionnaire • le pensionnaire manque toujours d'argent pour s'acheter de menus articles de confort • absence de comptabilisation de la façon dont les sommes ont été dépensées 	<ul style="list-style-type: none"> • réaction thérapeutique diminuée ou absente • piètre documentation des dossiers médicaux • administration inappropriée de médicaments • aucune raison donnée pour le traitement
<p>VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE OU MORALE</p> <ul style="list-style-type: none"> • sentiments de crainte, de passivité, de honte, de culpabilité • passivité et comportement de retrait extrêmes • symptômes de dépression • exclusion des activités et de la famille • utilisation ou menace de punition • décisions prises pour le pensionnaire 	<p>VIOLENCE PHYSIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • blessures inexpliquées, fractures, meurtrissures • chutes inexpliquées • utilisation sans autorisation ou utilisation inappropriée de moyens de contention • retard dans la recherche et l'obtention d'un traitement 	<p>VIOLATION DES DROITS</p> <ul style="list-style-type: none"> • difficulté de rendre visite à la personne âgée, de l'appeler ou de communiquer avec elle • la personne âgée n'a pas la permission de gérer ses propres affaires financières • le pensionnaire n'a pas beaucoup de choix dans la vie • le pensionnaire manque d'intimité • le pensionnaire n'a pas la permission de participer à la prise de décision concernant ses propres affaires • il existe un manque de confidentialité dans l'utilisation des dossiers de soins médicaux
<p>VIOLENCE SEXUELLE</p> <ul style="list-style-type: none"> • douleur, enflure, saignement dans la zone génitale • crainte de personnes particulières ou crainte de rester seul avec elles • maladie transmise sexuellement • réflexe de recul pour se soustraire aux attouchements 		

Note: Adaptation de l'ouvrage « Les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées en milieu institutionnel » (Spencer, 1994).

L'une des lacunes de cette étude est le caractère limité des instruments qui ont servi à évaluer la violence physique et psychologique. Pour prendre connaissance d'une critique plus détaillée de cette enquête, veuillez vous reporter à Kozma et Stones (1995) et à Middleton et Forbes (1993).

Au Canada, il n'y a pas eu d'études nationales de la prévalence ou de l'incidence de la violence et de la négligence dans les institutions. En fait, il n'existe réellement qu'une seule étude provenant de l'Ontario, laquelle donne une image rudimentaire de la nature et de l'étendue de la violence en milieu institutionnel. Un sondage téléphonique par échantillon aléatoire de 804 infirmières et infirmiers accrédités et de 804 infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculés a été effectué en Ontario dans le but de déterminer l'étendue, les circonstances et le type de la violence dont ils avaient été témoins ou dont ils avaient entendu parler au cours de leur travail (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 1993). Près de la moitié des répondants avaient été témoins d'un ou plusieurs incidents de violence et la violence verbale avait été le type le plus fréquent (37 p. 100 des répondants), suivi de la violence physique (32 p. 100 des répondants). Quatre-vingt-cinq pour cent des membres du personnel infirmier ont nommé les hôpitaux comme étant le milieu où la violence s'était produite, tandis que 36 p. 100 ont nommé les maisons de soins infirmiers ou les foyers pour personnes âgées. Il est important de noter que les répondants estimaient que les incidents avaient tendance à être isolés et que les infirmières et les infirmiers n'étaient pas plus susceptibles

de commettre des actes de violence que les infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculés. La majorité des auteurs déclarés d'actes de violence étaient des femmes, et les personnes âgées victimes de violence étaient plus susceptibles d'être des femmes qui présentaient des déficiences cognitives, qui étaient en mauvaise santé et qui étaient confinées au lit. Sept sur dix des répondants considéraient le client comme ayant été la principale cause de la violence, habituellement en raison de son comportement peu obligeant. Moins de la moitié des cas signalés ont fait l'objet d'un suivi (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 1993). Bien que cette étude constitue une première étape dans la compréhension de l'étendue de la violence dans les institutions, il est important de noter que l'enquête ne fait état que d'incidents allégués de violence et que les incidents n'étaient pas limités à une période de temps donnée.

4.3 La compréhension de la violence et de la négligence en milieu institutionnel

On n'a proposé que peu de théories pour expliquer la violence à l'égard des aînés dans les institutions. Tout comme dans l'analyse de la violence familiale, plusieurs chercheurs nord-américains ont cerné un certain nombre de facteurs qui, selon eux, contribuent à la violence du personnel des institutions à l'égard des pensionnaires âgés. Ces facteurs sont, entre autres, l'absence de lignes de conduite complètes et cohérentes à l'égard des personnes âgées infirmes; le fait que le système de soins prolongés se caractérise par des encouragements

financiers intégrés qui contribuent à des soins de mauvaise qualité; l'application peu stricte des normes de soins infirmiers; la culture et l'organisation de l'institution; le manque de personnel hautement qualifié et bien formé; le stress lié au travail et l'épuisement professionnel; l'impuissance et la vulnérabilité des pensionnaires âgés; les traits de personnalité des membres du personnel; la tendance du personnel à se venger de l'agression des malades (Beaulieu et Tremblay, 1995; Braun *et al.*, 1997; Brennan et Moos, 1990; Cassel, 1989; Chappell et Novack, 1992; Feldt et Ryden, 1992; Gilleard, 1994; Kingdom, 1992; Meddaugh, 1993; Pillemer et Bachman-Prehn, 1991; Spencer, 1994; Stilwell, 1991; Whall *et al.*, 1992).

Un chercheur américain a élaboré un modèle des causes possibles de la violence à l'égard des personnes âgées dans les maisons de soins infirmiers (Pillemer et Moore, 1989). Ce modèle comprend des facteurs liés à l'environnement socioéconomique de l'institution, tels que la fourniture de lits de soins infirmiers et le taux de chômage local, et aux caractéristiques de l'établissement, comme le mode de propriété, la taille, le ratio employés-malades et le taux de roulement du personnel; les caractéristiques du personnel, comme l'âge, l'éducation, le sexe et le degré d'épuisement professionnel, et les caractéristiques des pensionnaires, comme la santé des malades, leur degré d'isolement social et leur sexe.

Au cours d'un essai partiel de ce modèle, les chercheurs ont trouvé des preuves que le mauvais traitement des malades dans les maisons de soins infirmiers semblait, dans une certaine mesure, être une réaction aux conditions de travail très stressantes plutôt qu'une conséquence des caractéristiques de la maison de soins infirmiers, comme la taille ou le mode de propriété de l'institution. Les employés qui présentaient de l'épuisement professionnel et qui subissaient de l'agression de la part des malades étaient les plus susceptibles de devenir violents à l'égard de leurs malades âgés (Pillemer et Bachman-Prehn, 1991).

4.4 La lutte contre la violence et la négligence en milieu institutionnel

Au cours des années 1990, on a fait un effort sérieux dans les institutions canadiennes pour s'attaquer à la violence et à la négligence en établissant des protocoles de détection, d'intervention et de prévention au moyen de la législation⁶, par l'éducation du personnel, des pensionnaires et de leurs familles, et par des modifications aux lignes de conduite et à la structure organisationnelle de l'institution (Beaulieu et Bélanger, 1995; Beaulieu et Tremblay, 1995; Spencer, 1994; Watson *et al.*, 1995). Bien que ces initiatives auraient dû être prises depuis longtemps, nous n'avons aucune idée du

6 Par exemple, les exploitants de maisons de soins infirmiers en Ontario sont tenus de signaler les actes de violence et la négligence en vertu de la *Loi modifiant la loi sur les maisons de soins infirmiers* tandis qu'en Colombie-Britannique, il existe une législation intitulée *Community Care Facility Act* qui exige que les exploitants munis de licences signalent les « incidents graves », lesquels peuvent comprendre ou non les actes de violence et de négligence.

nombre d'institutions du Canada qui ont pris des mesures quelconques et nous ne savons pas non plus comment ces mesures sont touchées par les ressources à la baisse affectées aux soins de santé. Si des initiatives ont été prises, nous ne savons pas du tout si elles sont couronnées de succès.

Comme c'était le cas au cours des années 1980, nous n'avons simplement pas d'études d'incidence ou de prévalence de la violence et de la négligence dans les institutions du Canada. En conséquence, les lignes de conduite, les protocoles, les interventions et les mesures de prévention sont élaborées, à l'heure actuelle, sur la base de renseignements anecdotiques, s'ils ont une base quelconque. Certaines personnes soutiendraient que cela n'a pas d'importance. Cependant, aux époques de réductions considérables des soins de santé, les ressources limitées doivent être utilisées avec encore plus de prudence, si l'on veut qu'elles aient même un effet minime sur la violence et la négligence (Braun *et al.*, 1997; McDonald et Wigdor, 1995).

Il est donc nécessaire d'effectuer des études de prévalence pour savoir combien de personnes âgées sont victimes de violence ou de négligence dans les institutions à un moment donné ou durant une période de temps donné. Les études de prévalence indiquent l'étendue du problème de violence actuel et, par la suite, nous permettent de déterminer plus précisément où et comment les ressources limitées devraient être utilisées pour l'éducation et l'intervention. Les études d'incidence nous fourniraient des renseignements sur le nombre de personnes qui ont été

victimes de violence pour la première fois durant une période de temps donnée. Ce type de renseignement aide à déterminer les causes de la violence en milieu institutionnel et améliore notre capacité d'évaluer l'efficacité des programmes de prévention que les institutions ont mis en place. Étant donné que les études d'incidence peuvent aussi servir à estimer combien de cas de violence et de négligence en milieu institutionnel nous pouvons prévoir pour l'avenir, elles aideraient aussi le Canada à se préparer au vieillissement des membres de la génération du baby-boom et à leur utilisation des institutions au cours du prochain siècle.

De même, il est nécessaire d'effectuer davantage d'études qui répondent aux préoccupations et aux sentiments des personnes âgées qui se trouvent dans des institutions, aux expériences de leurs familles et aux opinions des employés qui fournissent les soins. Si l'on prenait en considération les employés des institutions, il serait important d'étudier la question de savoir qui commet réellement des actes de violence à l'égard de qui (c'est-à-dire d'examiner la nature interactionnelle de la violence) et de découvrir les « expériences vécues » des employés aux époques de ressources limitées. Les histoires de familles qui sont obligées d'acheter, en plus des services infirmiers, des services qu'elles ont à peine les moyens de payer, parce que les ressources des institutions sont insuffisantes, doivent aussi faire l'objet d'enquêtes. Les opinions des pensionnaires des maisons de soins infirmiers au sujet de la violence et de la négligence doivent également être entendues. Enfin, les *conséquences* de

la violence pour les personnes âgées ont besoin d'être prises en sérieuse considération. On signale que les taux de dépression chez les personnes âgées vivant dans les institutions sont élevés (Bland, Newman et Orn, 1988; Parmelee, Katz et Lawton, 1989) et qu'il commence à émerger des renseignements selon lesquels la violence peut réellement être liée à la mortalité (Wolf, 1997).

5

Caractéristiques des victimes et des auteurs d'actes de violence et de négligence

La première vague de recherche sur la violence à l'égard des personnes âgées, laquelle a commencé vers la fin des années 1970 aux États-Unis, a conclu que la victime type était âgée de plus de 75 ans, qu'elle était une femme présentant des déficiences physiques et psychologiques débilitantes et qu'elle était dépendante d'une personne soignante de sa famille, habituellement une fille (Douglass, Hickey et Noel, 1980; Hwalek, 1989; Kosberg, 1988; O'Malley *et al.*, 1983; Rathbone-McCuan, 1980; Sengstock et Liang, 1983; Shell, 1982; Stevenson, 1985; Wolf, 1986;). Les recherches effectuées à la fin des années 1980, lesquelles étaient fondées sur de meilleures méthodes et une expérience clinique plus vaste, ont jeté certains doutes sur les premières observations et ont indiqué que la situation était beaucoup plus compliquée qu'on ne l'avait supposé à l'origine (McDonald, 1996). Le centre d'intérêt s'est déplacé de la classification des victimes à la classification des auteurs de violence et aux profils des différentes combinaisons de victimes, d'auteurs d'actes de violence et de types de violence (Bendik, 1992; Hocking, 1994; Homer

et Gilleard, 1990; Pillemer, 1993; Spencer, 1995; Wolf, Godkin et Pillemer, 1986). De nos jours, de plus en plus de chercheurs découvrent les aspects *interactifs* de la violence à l'égard des personnes âgées et les distinctions qui existent entre la violence dirigée vers le malade, la violence provenant du malade et la violence mutuelle (Coyne, Reichmann et Berbig, 1993; Grafstrom, Nordberg et Winblad, 1993; Homer et Gilleard, 1990; Nolan, 1993; Pillemer et Suior, 1992).

Une décennie et demie de recherche peut se résumer en quatre observations principales :

- 1) Les victimes de violence psychologique et physique ont habituellement une santé physique assez bonne, mais elles souffrent de problèmes psychologiques. Les personnes qui les violentent ont des antécédents de maladie psychiatrique ou d'abus d'alcool et de drogues, vivent avec la victime et dépendent d'elle sur le plan financier (Anetzberger, Korbin et Austin, 1994; Bristowe et Collins, 1989; Cooney et Mortimer, 1995;

Greenberg, McKibben et Raymond, 1990; Homer et Gilleard, 1990; Paveza *et al.*, 1992).

(2) Les malades souffrant de démence, qui présentent un comportement perturbateur et qui vivent avec des personnes soignantes de leur famille, sont plus susceptibles d'être victimes de violence physique. Les personnes soignantes qui commettent les actes de violence peuvent souffrir d'une faible estime d'elles-mêmes et d'une dépression clinique (Compton, Flanagan et Gregg, 1997; Coyne, 1991; Coyne *et al.*, 1993, 1995; Homer et Gilleard, 1990; Paveza *et al.*, 1992; Pillemer et Suitor, 1992).

(3) Il se peut qu'il n'y ait pas de victime « type » d'exploitation financière, cependant, lorsque la personne victime de l'exploitation est dépendante de l'auteur de celle-ci, l'exploitation peut-être plus grave (Rowe *et al.*, 1993; Spencer, 1996).

(4) Les victimes de négligence ont tendance à être très âgées et à présenter des déficiences cognitives et physiques. Leur dépendance vis-à-vis des personnes qui les soignent constitue une source de stress (Bennett et Kingston, 1993; Wolf, 1992).

La race et l'origine ethnique sont deux « nouveaux » facteurs de risque pris en considération dans les ouvrages concernant la violence à l'égard des personnes âgées, mais la plupart des études sont fondées sur de la spéculations (Bergin, 1995; Browne, 1989; Dunn, 1992; Grier, 1989; Griffin, 1994; Lachs *et al.*, 1994; Longres, 1992; Maxwell et Maxwell, 1992; Moon et Williams, 1993; Spencer, 1996; Tomita, 1994). Une étude de Lachs et ses collègues (1994) portant sur 2 800 hommes et femmes du Connecticut a montré que les adultes appartenant à des minorités étaient plus susceptibles que les adultes non minoritaires de faire l'objet d'une enquête officielle à l'égard de mauvais traitements allégués. Dans des études plus limitées, au cours desquelles on a examiné les cas de personnes âgées qui étaient victimes de violence et qui faisaient partie de minorités, et ceux d'autres personnes âgées, les résultats obtenus ont été contradictoires (Hall, 1987; Longres, 1992). Lors de l'étude nationale préliminaire effectuée par l'Association canadienne des travailleurs sociaux (Bergin, 1995), on n'a trouvé aucune différence appréciable dans les circonstances associées à la violence à l'égard des personnes âgées dans les communautés ethnoculturelles, sauf les difficultés manifestes relatives aux barrières linguistiques et les problèmes associés à l'adaptation à la vie au Canada.

Bien que l'on ait fait certains progrès dans la détermination des caractéristiques des victimes de violence, dans les recherches actuelles, on met davantage l'accent sur un examen des aspects interactionnels de la violence. Cette approche semble présenter certaines promesses pour la détermination précise de la violence. Les chercheurs qui concentrent actuellement leurs efforts sur la personne âgée victime de violence sont aussi plus intéressés aux conséquences

de celle-ci, sujet étonnamment absent des ouvrages de recherche. La dépression, la mortalité, la résignation apprise et le stress post-traumatique constituent certaines des conséquences qui font actuellement l'objet d'étude (Wolf, 1997).



6

La compréhension de la violence et de la négligence à l'égard des aînés

6.1 Théories concernant la violence et la négligence

Un examen des ouvrages concernant la violence à l'égard des personnes âgées ne révèle que peu de faits nouveaux sur le front théorique (McDonald et Widgor, 1995; McDonald, 1996). Comme nous l'avons fait remarquer ci-dessus, une étude d'incidence constituerait le mécanisme le plus efficace pour examiner les causes de la violence et de la négligence à l'égard des aînés. Puisqu'il existe si peu d'études d'incidence n'importe où au monde, il n'est pas étonnant que l'on ait fait peu de progrès dans l'élaboration de la théorie. Sans nouvelles données, la plupart des professionnels se fient encore aux mêmes théories, comportant les mêmes lacunes. Les très rares progrès théoriques qui se font résultent d'une approche axée sur l'économie politique (Biggs *et al.*, 1995) et de l'influence croissante du postmodernisme sur tous les aspects de la gérontologie (Katz, 1996).

Au départ, il est important de faire remarquer que la plupart des ouvrages sur la violence à l'égard des personnes

âgées ne font pas de distinctions essentielles entre les explications théoriques et les facteurs de risque individuels liés à la violence (McDonald, 1996; McDonald *et al.*, 1991).

Habituellement, une théorie fournit une explication générale et systématique de la façon dont fonctionnent certaines parties d'un univers. Dans les ouvrages sur la violence à l'égard des personnes âgées, un facteur de risque particulier, comme le stress, est souvent traité comme étant l'explication théorique même si le stress ne représente qu'un seul facteur et pourrait être subsumé sous un certain nombre de théories divergentes. Les relations entre les divers facteurs de risque et la violence à l'égard des personnes âgées devraient, en fait, constituer l'échafaudage crucial à partir duquel on élabore les théories.

Au cours de la brève histoire de la violence au moins quatre perspectives théoriques distinctes, toutes « empruntées » à d'autres disciplines et domaines d'étude, habituellement, avec quelques modifications que l'on effectuait lors du transfert au domaine de la violence à l'égard des personnes âgées.

6.2 Le modèle axé sur les situations

La première et la plus largement acceptée des perspectives sur la cause de la violence à l'égard des personnes âgées est le modèle axé sur les situations, lequel prend racine dans les perspectives dominantes concernant la violence envers les enfants et la violence familiale (McDonald *et al.*, 1991; Phillips, 1986). Une prémissse bien connue du modèle axé sur les situations est que les situations stressantes font que la personne soignante violente la personne âgée, laquelle est habituellement considérée comme étant la source du stress en raison de sa déficience physique ou mentale. Cette approche suppose que les mauvais traitements sont une réaction irrationnelle à des situations stressantes. Les variables situationnelles que cette théorie associe à la violence comprennent des facteurs liés à la personne soignante, à la personne âgée et aux conditions sociales et économiques des deux personnes (McDonald, 1996). Une personne soignante au chômage qui a un problème d'alcool peut violenter un parent âgé qui possède la sécurité financière mais est mentalement incapable. Les interventions fondées sur cette perspective tentent de réduire le stress de la personne soignante en lui fournissant davantage de services de soutien et de groupes de soutien (Scogin *et al.*, 1992).

Une lacune importante de cette perspective consiste en ce qu'elle ne tient pas compte du fait que certaines personnes soignantes, qui éprouvent les mêmes stress que les auteurs d'actes de violence, ne violentent pas les personnes

âgées. Cette perspective a aussi été critiquée parce qu'elle jette presque le blâme sur la victime en reconnaissant la personne âgée comme la source du stress. Il ne s'agit pas là d'une critique oiseuse, si l'on se rappelle que, lors d'une étude, sept infirmières sur dix percevaient le malade comme étant la principale cause de la violence (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 1993). On pourrait aussi se demander pourquoi la théorie générale du stress n'est pas conçue de façon à élargir ce modèle (Kahana et Young, 1990). Plus précisément, des études par comparaison de cas plus rigoureuses ont produit peu de preuves concluantes à l'appui de ce modèle (voir Pillemer, 1993, pour prendre connaissance de revues de ces études). Le manque de preuves à l'appui de ce modèle conduit Pillemer (1993) à s'étonner devant sa persistance dans les ouvrages sur la violence à l'égard des personnes âgées. Au Canada, Pittaway et Westhues (1995), dans une analyse secondaire de données provenant de fournisseurs de services de santé et de services sociaux à London (Ontario), ont trouvé un modeste appui pour ce modèle comme moyen de prévoir la violence physique. Cependant, leur étude est affaiblie par les contraintes d'une analyse de données secondaires, au cours de laquelle, inévitablement, on ne dispose pas de tous les renseignements nécessaires.

6.3 La théorie de l'échange social

La théorie de l'échange social est basée sur les hypothèses selon lesquelles « ... l'interaction sociale comporte un échange de récompenses et de punitions entre au moins deux personnes, et

toutes les personnes cherchent à maximaliser les récompenses et à minimiser les punitions» (Glendenning, 1993, p. 25). Dans la plupart des relations, les personnes ont différents degrés d'accès aux ressources et différentes capacités de fournir des services aux autres, ce qui rend certaines personnes plus puissantes que d'autres. Dans la perspective de l'échange social, on soutient que, à mesure que les personnes vieillissent, elles deviennent plus impuissantes, plus vulnérables et plus dépendantes des personnes qui les soignent; ce sont ces caractéristiques qui les rendent susceptibles de subir la violence (Phillips, 1986). Essentiellement, les personnes âgées demeurent dans la relation de violence seulement aussi longtemps que la satisfaction de leurs besoins excède les coûts des mauvais traitements.

Cette perspective présente de nombreuses difficultés dont l'une des plus importantes est son hypothèse âgiste : les personnes ne deviennent pas automatiquement dépendantes et impuissantes à mesure qu'elles vieillissent. En fait, plusieurs chercheurs ont soutenu et ils ont montré par la suite que la dépendance peut résider ailleurs (Pillemer et Wolf, 1986). Au cours d'un certain nombre de recherches, on a constaté que l'abuseur était dépendant de la personne âgée; c'est le sentiment d'impuissance de l'abuseur qui le conduit à exercer les mauvais traitements (Homer et Gilleard, 1990; Pillemer et Suitor, 1992; Pillemer et Wolf, 1986). Les interventions fondées sur une analyse de l'échange social devraient d'abord permettre de reconnaître la personne dépendante. Si l'on détermine que la personne âgée est

dépendante, il faudrait alors lui fournir des services de nature à accroître son indépendance, tandis que l'enfant adulte dépendant pourrait avoir besoin d'aide de la part des services de santé mentale ou nécessiter une formation professionnelle ou des services de placement afin de pouvoir devenir autonome (McDonald, 1996).

6.4 L'approche axée sur l'interaction symbolique

L'approche axée sur l'interaction symbolique a été adoptée à partir des ouvrages sur la violence familiale et elle est axée sur les processus interactifs entre la personne âgée et la personne soignante. Cette perspective met l'accent non seulement sur les comportements de la personne âgée et de la personne soignante mais aussi sur les interprétations symboliques que les deux personnes font de ces comportements. Une telle analyse de la violence à l'égard des personnes âgées est axée sur les différentes significations que les personnes attribuent à la violence et sur les conséquences qu'ont ces significations dans certaines situations (McDonald, 1996). Un exemple de cette approche est la conclusion de Steinmetz (1988) selon laquelle une interprétation suggestive du stress par la personne soignante est un meilleur moyen de prédire le fardeau qu'elle devra supporter que le poids réel du fardeau. Le fait que de nombreux chercheurs aient été incapables de trouver une association entre le degré de déficience cognitive de la personne violentée et l'intensité de la violence (Cooney et Mortimer, 1995) peut simplement résulter de ce que l'on

n'a pas pris en considération l'interprétation que les personnes soignantes faisaient de la situation.

L'apprentissage social, ou modélisation, fait partie de cette perspective : la théorie énonce comme postulat que les auteurs d'actes de violence apprennent comment être violents en étant témoins d'actes de violence ou en subissant et que les victimes, en subissant des actes de violence, apprennent à les accepter davantage. Le traitement fondé sur cette approche serait axé sur des valeurs et des normes familiales changeantes concernant la violence et tenterait de modifier les interprétations de la situation. La difficulté de cette approche consiste en ce qu'elle ne prend pas en considération les facteurs sociaux ou économiques qui pourraient influer sur le processus de violence; elle ne tient pas compte non plus du fait que les personnes soignantes qui ont subi de la violence au cours de leur enfance ne violentent pas toutes les personnes âgées. En fait, au cours d'une recherche récente dans laquelle on a comparé les auteurs d'actes de violence envers les enfants et les auteurs d'actes de violence à l'égard des personnes âgées, on a constaté que les parents qui maltraitent leurs enfants sont plus susceptibles que les auteurs d'actes de violence à l'égard des personnes âgées d'avoir subi de graves sévices au cours de leur enfance (Korbin, Anetzberger, Thomason et Austin, 1995). Les auteurs concluent que la violence familiale transmise de génération en génération peut s'appliquer davantage dans le contexte de la violence envers les enfants.

6.5 Les modèles féministes

Les études de prévalence actuelles indiquent que la violence à l'égard du conjoint constitue une dimension importante de la violence à l'égard des personnes âgées (McDonald *et al.*, 1997; Podnieks, 1992). Malgré les conclusions de la recherche, les experts en matière de violence à l'égard des personnes âgées se sont accrochés au modèle axé sur les situations; en conséquence, on n'a fait que des progrès théoriques limités dans l'explication de ce type de violence (Aronson, Thornewell et Williams, 1995; McDonald et Widgor, 1995). La plupart des chercheurs ont supposé que la violence à l'égard du conjoint constitue une forme « vieillie » de violence à l'égard de l'épouse. Pour cette raison, elle a été considérée par quelques chercheuses féministes comme l'une des conséquences du patriarcat familial, qui est montré comme l'une des principales sources de violence à l'égard des femmes dans la société (Jack, 1994; Pittaway et Gallagher, 1995a; Vinton, 1991). Certains chercheurs se sont demandé tardivement si la violence à l'égard du conjoint pouvait être la première violence au cours de la vieillesse (Eckley et Vilakazi, 1995; Knight, 1994; Neysmith, 1995).

Un patriarcat est considéré comme ayant deux éléments de base : une structure dans laquelle les hommes ont plus de pouvoir que les femmes et une idéologie qui légitime ce pouvoir (Miller, 1994). La famille est considérée comme étant l'unité de patriarcat la plus fondamentale de la société et les attentes traditionnelles en matière de

rôle sexuel pour les femmes apportent un soutien idéologique à la position de faiblesse des femmes dans la hiérarchie du ménage. Ce déséquilibre du pouvoir rend les femmes vulnérables et exposées à la violence, qu'elles soient jeunes ou âgées. Les interventions féministes comprennent généralement la sensibilisation et la résolution mutuelle des problèmes au sein d'une relation d'entraide et d'égalité. Le défaut de cette approche est que, jusqu'à présent, il existe peu de preuves empiriques à l'appui des affirmations de la théorie. De plus, elle représente, au mieux, une explication partielle de la violence à l'égard des personnes âgées puisque les hommes âgés sont tout aussi susceptibles que les femmes âgées d'être victimes de violence (Podnieks, 1992). Pittaway et Gallagher (1995a), dans leur étude, concluent que le modèle féministe est l'un des modèles explicatifs le plus puissant pour expliquer la violence physique et, fait intéressant, que, dans tous les modèles, la qualité de la relation conjugale est le plus important facteur de risque dans la prédiction de la violence physique à l'égard des personnes âgées.

L'application des théories féministes à toutes les formes de violence à l'égard du conjoint est une question fortement débattue dans les ouvrages concernant la violence familiale en général (Miller, 1994; Renzetti, 1994). Le bagage de recherche restreint mais croissant sur la violence au sein des ménages d'homosexuels et de lesbiennes a jeté un doute sérieux sur les théories de la violence entre partenaires qui sont fondées sur le sexe (Coleman, 1994; Letellier, 1994), tout comme l'ont fait les données croissantes qui révèlent que

les femmes utilisent la violence contre les hommes (Gelles et Loseke, 1993). Le problème réel, soutient-on, est le déséquilibre du pouvoir entre les partenaires (Jack, 1994; Miller, 1994). Par conséquent, si l'on développe le thème des déséquilibres du pouvoir, les théories féministes pourraient être élargies de manière à expliquer à la fois la violence envers le conjoint exercée par la femme et par l'homme. Ces données pourraient aussi expliquer, dans une certaine mesure, la violence sexuelle qui, selon une étude britannique, est surtout exercée par les fils, les maris, les gendres et les petits-fils à l'égard des femmes âgées dont l'auteur de la violence est dépendant (Holt, 1993). Dans un échantillon de commodité, aux États-Unis, Ramsey-Klawsnik a obtenu des résultats semblables, sauf que les femmes âgées victimes de violence étaient dépendantes de l'auteur de la violence (Ramsey-Klawsnik, 1991).

Au moment où les années 1990 sont sur le point de se terminer, la plupart des chercheurs ont compris qu'il existe de nombreuses manifestations de la violence et de la négligence à l'égard des aînés et cela, à de nombreux plans, et ils en sont venus à mettre en doute la recherche d'une explication complète et exhaustive du phénomène (Pillemer, 1993). La plupart des théories ont été élaborées à l'échelon individuel, non pas à celui de la société, et la plupart ne tiennent pas compte de l'histoire des relations dans le temps, telle qu'on la retrouverait dans un aperçu de toute une vie de la violence à l'égard des personnes âgées (Tindale, 1994).

À l'avenir, dans les nouvelles théories sur la violence à l'égard des aînés, on

pourra continuer de mettre l'accent seulement sur *certaines* des dimensions de la violence et de la négligence à l'égard des personnes âgées à un moment donné. Les théoriciens peuvent devoir tendre leurs filets au-delà des théories actuelles concernant la violence familiale et la violence à l'égard des personnes âgées qui ont constitué l'essentiel des ouvrages sur la violence à l'égard des aînés. Certaines tentatives ont déjà été faites. Par exemple, les approches de la violence à l'égard des aînés qui sont fondées sur l'économie politique décrivent la violence comme étant fonction de la dépendance forcée des personnes âgées qui résulte de leur exclusion de la société en raison de la retraite, de la pauvreté et du placement dans des institutions (Biggs *et al.*, 1995; Phillipson, 1993;). Cette perspective

aide à situer la violence dans le contexte sociopolitique plus vaste et elle incite à prendre en considération le rôle des facteurs structurels de la race, du sexe, de la pauvreté et de l'âgisme dans la violence. Le postmodernisme, qui vient de faire ses débuts sur le théâtre gérontologique, aborde la violence à l'égard des personnes âgées comme une « problématisation » (Katz, 1996, p. 134) qui donne lieu à un examen de la façon dont l'entreprise gérontologique a transformé la violence en crise (Katz, 1996, p. 9). Ces initiatives et d'autres initiatives théoriques sont les bienvenues. Forts d'un plus grand nombre de théories, les praticiens auront un plus large éventail d'interventions à leur disposition, ce qui leur facilitera la prestation de soins plus efficaces aux personnes âgées victimes de violence (McDonald, 1996).

7

Les facteurs de risque de violence

7.1 L'étude des facteurs de risque

La recherche effectuée au sujet des facteurs particuliers que l'on suppose associés à la violence et à la négligence à l'égard des aînés continue de se limiter à quelques études (Godkin *et al.*, 1989; Pillemer et Suior, 1992). L'accent mis sur les facteurs de risque découle sans aucun doute de la demande des protocoles nécessaires pour dépister les personnes vulnérables, pour évaluer la nature de la violence et de la négligence et pour choisir les interventions appropriées (McDonald *et al.* 1991). Ces facteurs de risque sont devenus le fondement de ces protocoles dont bon nombre ont été élaborés à la fois au sujet de la violence familiale et de la violence en milieu institutionnel. Malheureusement, les facteurs de risque sont difficiles à étudier : ils peuvent avoir un effet tardif; ils peuvent être si rares ou si fréquents qu'ils sont difficiles à dépister; ils peuvent être communs à d'autres états et ils peuvent dépendre de la présence d'autres facteurs. En conséquence, toute la recherche sur les facteurs de risque souffre de difficultés méthodologiques et elle doit être interprétée avec une certaine prudence.

Les principaux facteurs qui ont été associés à la violence sont, entre autres, les traits de personnalité de l'auteur de celle-ci, la violence transmise de

génération en génération, la dépendance, le stress et les facteurs sociaux structurels comme l'âgisme – qui pourraient tous être subsumés sous n'importe quelle des quatre théories décrites ci-dessus.

7.2 Les traits de personnalité de l'abuseur

Ce facteur, aussi appelé dynamique intra-individuelle ou psychopathologie de l'abuseur, est basé sur des observations provenant d'un certain nombre d'études, au cours desquelles on a découvert qu'une proportion anormalement élevée d'entre eux avaient des antécédents de maladie psychiatrique et de problèmes de drogues et d'alcool (Anetzberger, Korbin et Austin, 1994; Bristowe et Collins, 1989; Cooney et Mortimer, 1995; Greenberg, McKibben et Raymond, 1990; Homer et Gilleard, 1990; Paveza, 1992; Wolf, Godkin et Pillemer, 1984, 1986).

Comme dans les ouvrages concernant la violence familiale, il existe une certaine controverse entourant cette hypothèse, surtout parce que la psychopathologie n'a pas été liée directement et *d'une façon causale* à la violence (Pillemer, 1993). Dans le domaine du vieillissement, c'est une source de

complications que de considérer les personnes soignantes comme étant mentalement instables, étant donné le nombre croissant d'ouvrages de gérontologie qui décrivent les membres de la famille comme étant serviables, responsables et préoccupés du bien-être des aînés (McDonald, 1993). D'autres chercheurs ont critiqué cette approche parce qu'elle ne tient pas compte du rôle des facteurs structurels, comme la pauvreté ou l'âgisme et qu'elle remplace l'utilisation des ressources par l'intervention à l'échelon de la société (Ogg et Munn-Giddings, 1993). La seule conclusion que l'on peut tirer de cela, à l'heure actuelle, est que le rôle de la psychopathologie de l'abuseur et de négligence à l'égard des aînés n'est pas clair et nécessite d'autres recherches.

7.3 La violence transmise de génération en génération

Il existe certaines données qui semblent indiquer que les enfants apprennent parfois, au moyen de l'observation et de la participation, que la violence est une réaction acceptable contre le stress. Ayant appris un comportement violent, un nombre considérable d'enfants sont violents envers leurs propres enfants et leurs conjoints à l'âge adulte (Hotaling et Sugarman, 1986). Cette transmission du comportement violent peut être renforcée par une sous-culture familiale qui accepte et tolère la violence. Bien qu'il s'agisse là d'une hypothèse populaire dans les ouvrages sur la violence familiale, très peu d'études sur la violence à l'égard des personnes âgées ont réellement permis de trouver

des preuves à l'appui de l'idée que les enfants qui ont été maltraités par leurs parents ont ensuite violenté ces derniers plus tard dans leur vie. En fait, plusieurs études ont clairement montré que cette hypothèse n'avait aucun fondement (Anetzberger, 1987; Anetzberger, Korbin et Austin, 1994; Ogg et Munn-Giddings, 1993). Il semble alors qu'il faudra effectuer d'autres recherches pour vérifier cette hypothèse.

7.4 La dépendance

Il existe deux opinions opposées dans les ouvrages sur la dépendance (Ogg et Munn-Giddings, 1993). L'une de ces opinions est que, en raison de déficiences physiques ou cognitives ou les deux, la personne âgée devient de plus en plus dépendante de la personne soignante pour le soutien psychologique, physique et matériel. Cette dépendance représente un lourd fardeau pour la personne soignante et peut engendrer du ressentiment et du stress chez cette dernière. Un manque de ressources et de services de soutien adéquats pour la personne soignante peut alors exacerber la situation jusqu'au point où il peut se produire de la violence à l'égard de la personne âgée (Steinmetz, 1988, 1993). L'opinion de rechange est que la violence n'est pas causée par la dépendance de la personne âgée mais est une conséquence de la dépendance de l'auteur des actes de violence vis-à-vis de cette personne (Pillemer, 1993). Pillemer (1993) n'a pas pu trouver une seule étude à l'appui de la notion selon laquelle la violence à l'égard des aînés résulte de la dépendance de la personne âgée.

Les critiques de l'hypothèse de la dépendance font remarquer que les relations de dépendance entre les personnes âgées et les personnes soignantes n'entraînent pas toujours de la violence et de la négligence et qu'il est nécessaire qu'il se produise un événement ou une crise qui déclenche la violence. Bref, bien que la dépendance puisse être un facteur important dans la violence, on ne sait pas clairement par quel mécanisme elle engendre des actes de violence (McDonald *et al.*, 1991)

7.5 Le stress

La piste de recherche sur le stress la plus fructueuse a consisté à examiner des personnes qui s'occupaient de personnes âgées présentant des déficiences cognitives. Les études antérieures sur le stress des personnes qui s'occupent de malades âgés mentalement incapables étaient de nature descriptive et n'établissaient pas habituellement de diagnostic de démence (Block et Sinnott, 1979; Lau et Kosberg, 1979; Wolf, Godkin et Pillemer, 1984). Les plus récentes études sur des malades atteints de démence, comme ceux qui souffrent de la maladie d'Alzheimer, ont montré que le lien entre les déficiences cognitives et la violence est accentué par les problèmes d'interaction quotidiens qui se présentent entre le malade et la personne soignante.

Dans les dyades malade-personne soignante, dans lesquelles on avait évalué cette dernière comme souffrant de dépression clinique, le risque de violence physique grave était trois fois plus grand que dans le cas des dyades où la personne soignante n'était pas déprimée (Paveza *et al.*, 1992).

Dans cette étude, les victimes de la maladie d'Alzheimer qui vivaient avec leurs familles mais cela, sans qu'un conjoint soit présent, étaient trois fois plus susceptibles de subir de la violence grave que les malades qui avaient organisé leur vie autrement (Paveza *et al.*, 1992). Coyne, Reichman et Berdig (1993) ont obtenu des résultats semblables parmi les personnes qui soignaient des malades atteints de démence dans des logements communautaires. Les personnes soignantes qui commettaient des actes de violence, en comparaison de celles qui n'en commettaient pas, fournissaient des soins depuis un plus grand nombre d'années, fournissaient ces soins durant un plus grand nombre d'heures par jour, s'occupaient de malades qui se trouvaient à des niveaux de fonctionnement plus faibles et présentaient des niveaux élevés de fardeau et de dépression (Coyne, Reichman et Berdig, 1993). Les personnes soignantes qui s'occupaient de malades ayant un comportement violent étaient plus susceptibles d'avoir un comportement semblable à l'égard de ces malades. Au cours d'une autre étude, effectuée en Grande-Bretagne, on a constaté que les personnes soignantes qui commettaient des actes de violence manifestaient plus de dépression et que les adultes victimes de violence étaient classés comme étant plus dérangés sur le plan social (Homer et Gilleard, 1990). Bien que ces nouvelles recherches présentent des lacunes méthodologiques et exigent une confirmation plus poussée, la nature interactionnelle de la relation entre le stress et la violence, observée pour la première fois par Steinmetz, est appuyée par des preuves, au moins dans le cas des personnes âgées

présentant des déficiences cognitives (Steinmetz, 1988).

7.6 Les facteurs structurels

On a concentré la recherche sur les personnes victimes de violence et sur les auteurs d'actes de violence aux dépens de l'analyse des implications plus vastes de l'âge, du sexe, de la race, de l'origine ethnique et de la classe sociale, qui influent toutes sur la position des personnes dans la structure sociale et sur leurs chances dans la vie (Ogg et Munn-Giddings, 1993). Par exemple, les personnes âgées peuvent souffrir d'attitudes et d'actes discriminatoires qui sont basés sur des perceptions négatives au sujet de leur âge chronologique. Les experts ont exprimé l'avis que ces attitudes âgistes à l'égard des personnes âgées peuvent contribuer au développement de la violence à l'égard de ces dernières (Quinn et Tomita, 1986). Les idées fausses et les conceptions erronées au sujet de la vieillesse déshumanisent les personnes âgées, ce qui les rend plus susceptibles d'être des victimes et rend plus facile pour l'abuseur de ne ressentir aucun ou presque aucun remords. De même, les personnes âgées peuvent même considérer leurs mauvais traitements comme mérités, étant donné qu'elles aussi peuvent avoir adopté des attitudes sociales négatives. En outre, les modèles féministes fournissent une explication des facteurs structurels; le sexe détermine un ensemble de positions dans la société qui facilitent et même justifient la violence à l'égard des femmes (Aronson, Thornwell et Williams, 1995). Les autres facteurs cruciaux dont on sait qu'ils influent sur le processus du vieillissement, par exemple

la race, l'origine ethnique et la situation socioéconomique, ne font que commencer à attirer une attention modeste, surtout en Grande Bretagne (Biggs, Phillipson et Kingston, 1995).

7.7 Les mêmes questions

Il n'est pas judicieux de supposer que nous pouvons maintenant prédire qui sera victime de violence et qui sera victime de négligence, quel que soit le nombre et la complexité de nos protocoles de détection. Le domaine ne connaît aucun progrès théorique et la recherche concernant les facteurs de risque est limitée. Par exemple, nous ne savons pas encore clairement qui est le plus susceptible de subir de l'exploitation financière, bien que ce soit là la forme d'exploitation la plus répandue au Canada. Notre compréhension de la façon dont les différents types de violence sont liés (Mendonca, Velamoor et Sauve, 1996) ou de la question de savoir si les facteurs de risque changent selon la communauté ethnoculturelle est encore limitée. La compréhension du stress de la personne soignante, soit le moyen de prédiction du risque de violence utilisé le plus souvent, nous échappe encore, problème grave étant donné que nos moyens de résoudre le problème (c'est-à-dire les services de santé et les services sociaux) diffèrent beaucoup de ceux qui existent aux États-Unis, où la majeure partie de la recherche a déjà été effectuée.

Qui plus est, les Canadiens et les Canadiens, qui font face à l'une des cohortes du *babyboom* les plus considérables au monde, peuvent devoir faire face à des défis imprévus. Le

vieillissement des membres de la génération du *babyboom*, la diminution des services de santé et des services sociaux et le transfert du soin des personnes âgées de l'institution à la collectivité pourraient être une source de problèmes (McDaniel et Gee, 1993; McDonald, 1996; Rosenthal, 1994). Bien que l'élaboration de théories et la recherche sur les facteurs de risque (habituellement au moyen de contrôle des cas ou d'études d'incidence) soient abordées avec une certaine impatience, il semble que nous négligeons les questions ci-dessus à nos risques et périls.



8

Les protocoles

8.1 La détection

La détection de la violence et de la négligence à l'égard des aînés demeure une tâche extrêmement complexe et manifestement difficile, souvent compliquée par le déni chez la personne âgée et chez la personne qui la soigne (Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique, 1994). Les personnes âgées qui ont été victimes de violence omettent souvent de le signaler, en raison de sentiments de honte et de stigmatisation, de la crainte de représailles ou de la crainte d'être placées dans une institution (Fulmer, 1989; Mulligan, 1990). Lors d'une étude préliminaire, aux États-Unis, on a constaté que beaucoup plus de victimes d'auteurs d'actes de violence du sexe masculin que de victimes d'auteurs d'actes de violence du sexe féminin refusaient le service offert. La tendance à ne pas signaler la violence était plus répandue dans les rapports parent-enfant que dans les rapports entre conjoints (Vinton, 1991). En outre, les personnes âgées sont moins susceptibles de participer régulièrement aux activités de la collectivité, ce qui rend les actes de violence plus difficiles à déceler pour les autres personnes.

Au cours des 10 à 15 dernières années, une énergie considérable a été investie dans l'élaboration d'instruments

permettant de reconnaître les personnes âgées susceptibles de subir de la violence ou de la négligence. L'élaboration de ces techniques de dépistage a été manifestement motivée par des facteurs comme les suivants : la reconnaissance du fait que la violence constituait un problème social important, la reconnaissance du fait qu'il existait un manque élémentaire de sensibilisation à ce problème « caché », parmi les travailleurs de première ligne (Kosberg, 1988), et le désir d'intervenir précocement et de désamorcer les problèmes avant que ne soit causé un préjudice grave (Breckman et Adelman, 1988).

Le personnel des services d'urgence (Fulmer *et al.*, 1992) et les infirmières des soins aigus et des établissements communautaires (Havilland et O'Brien, 1989; Ordre des infirmières et des infirmiers du Canada, 1992; Smelters, 1991; VanderMeer, 1992) ont depuis longtemps assumé la direction des efforts, comprenant qu'ils se trouvaient dans une position idéale pour déceler la violence et la négligence. Cependant, ces dernières années, d'autres groupes professionnels, dont les dentistes (Galan et Mayer, 1992; Holtzman et Bromberg, 1991; Jorgensen, 1992; Kelly, Grace et Wisnom, 1992; McDowell, 1990; Vaughn, 1993), les avocats et les notaires (Blunt, 1991;

McKenzie, 1993; Schmidt, 1993), les thérapeutes professionnels et physiques (Holland, Kasraian et Leonardelli, 1987), les médecins, (American Medical Association, 1992; Lachs, 1995; Noone, Decalmer et Glendinning, 1993), les policiers (Goodwill, 1992) et les travailleurs sociaux (Basu, 1992) ont tous fait des efforts concertés pour s'éduquer et se joindre au groupe des cliniciens qui travaillent à combattre la violence et la négligence à l'égard des aînés.

À l'heure actuelle, de nombreux moyens de dépistage sont offerts dans les ouvrages (Bloom, Ansell et Bloom, 1989; Fulmer et O'Malley, 1987; Johnson, 1991; Kosberg, 1988; Neale *et al.*, 1991; Pillement, 1986; Quinn et Tomita, 1986; Reis, Nahmias et Schrier, 1993; Sengstock et Hwalek, 1986). La plupart de ces moyens comportent des éléments qui orientent la recherche vers les caractéristiques de la personne âgée, vers les caractéristiques de la personne soignante et, selon le point de vue théorique de l'auteur, vers les caractéristiques du système familial (McDonald *et al.*, 1991). Ces instruments s'appuient habituellement fortement sur les impressions subjectives des employés des services de santé et des services sociaux et sur les rapports verbaux des informateurs et des personnes âgées victimes de violence (Bloom, Ansell et Bloom, 1989; Stones et Kozma, 1995; Reis, Nahmias et Schrier, 1993). En outre, la plupart de ces moyens ne tiennent pas compte des questions liées à la sensibilité et la spécificité des mesures.

Trois des moyens canadiens de dépistage du risque les plus connus

sont : l'échelle QUALCARE (Bravo *et al.*, 1995), le Brief Abuse Screen of the Elderly (BASE) et le Caregiver Abuse Screen (CASE) (Reis, Nahmias et Schrier, 1993). La version originale de l'échelle QUALCARE a été élaborée par Phillips et ses collègues (1990) pour évaluer la qualité des soins donnés par une personne soignante à une personne âgée. L'instrument a été conçu pour quantifier la mesure dans laquelle la personne soignante satisfait les besoins du bénéficiaire. L'échelle QUALCARE est conçue pour être remplie par une infirmière après sa visite de la personne âgée au domicile de celle-ci. Les sources de renseignements sont, entre autres, les observations personnelles, les données recueillies durant une entrevue semi-structurée avec la personne âgée et la personne soignante et tous les autres renseignements d'évaluation disponibles. En 1995, Bravo et ses collègues ont tenté de valider davantage cette échelle en évaluant son utilité au moyen de la détermination du mauvais traitements des personnes âgées par les familles. Les résultats de cette étude semblent indiquer qu'une mesure de la qualité des soins constitue un indicateur valide du risque de mauvais traitement. Cependant, la possibilité de reproduire cette échelle s'est révélée insuffisante. Par conséquent, bien que ce travail représente un important pas en avant, ces conclusions doivent être interprétées avec prudence.

Le BASE et le CASE ont tous deux été élaborés à Montréal, en réponse aux préoccupations croissantes exprimées par les prestataires de services locaux au sujet d'un accroissement perçu des cas de violence soupçonnés. Le BASE consiste en un questionnaire d'une page,

dans lequel on s'informe au sujet de la présence ou de l'absence de violence de la part d'une personne soignante. Il comporte également un processus de dépistage en trois étapes visant à confirmer ou à réfuter la possibilité de violence. Selon ses auteurs, cette approche réduit aussi la probabilité que des formes plus subtiles de violence ou des cas de violence qui n'en sont qu'à leur début ne « passent à travers les mailles du filet » (Reis et Nahmias, 1995a).

Le CASE sert de complément efficace au dépistage effectué par le BASE. Les auteurs recommandent le CASE en tant qu'instrument utile de « première alerte » pour la pratique immédiate. Il consiste en huit questions qui permettent de dépister la violence ou la négligence actuelle physique et psychologique et l'exploitation financière. Il est conçu pour être utilisé avec tous les clients qui sont des personnes soignant les personnes âgées, que de la violence soit soupçonnée ou pas. En plus de « signaler » la violence actuelle, les auteurs affirment que les réponses que les personnes soignantes donnent au CASE peuvent révéler des tendances et des stress qui pourraient conduire à de la violence ultérieure (Reis et Nahmias, 1995b). Les auteurs ont constaté que le CASE permettait d'établir une distinction entre les groupes qui commettaient des actes de violence et ceux qui n'en commettaient pas et que les cotes les plus élevées coïncidaient avec les cotes les plus élevées des mesures indépendantes de la violence et de l'agression (Reis et Nahmias, 1995b).

À l'heure actuelle, il semble que le BASE et le CASE soient les seuls instruments canadiens de dépistage qui aient fait l'objet d'un examen psychométrique. Les conclusions initiales concernant la fiabilité et la validité de ces instruments semblent prometteuses. Si ces résultats peuvent être reproduits dans un échantillon suffisamment représentatif de violence et de négligence, alors le BASE et le CASE seront des instruments bien accueillis par les praticiens (Kozma et Stones, 1995; McDonald, 1996).

Une limite importante de ces outils de dépistage est le fait que les indicateurs sur lesquels ils s'appuient proviennent de la recherche existante sur les facteurs de risque qui, comme nous l'avons fait observer ci-dessus, est loin d'être satisfaisante. En conséquence, bon nombre des protocoles favorisent encore le stéréotype selon lequel les personnes âgées ne sont violentées que par leurs enfants adultes. Ils ne prévoient aucune disposition concernant la violence entre conjoints, la violence sexuelle et, plus souvent qu'autrement, l'exploitation financière. Certains instruments de dépistage ne semblent pas tenir compte des aspects interactionnels de la violence, même lorsqu'ils appliquent le modèle axé sur les situations. L'omission d'évaluer les facteurs interactionnels représente un oubli important dans le domaine. Par conséquent, à l'heure actuelle, les personnes vulnérables peuvent facilement échapper aux protocoles existants et la possibilité de déclarer à tort des personnes comme auteurs ou comme victimes d'actes de violence

parce qu'ils « correspondent au profil » demeure très réelle (McDonald *et al.*, 1991; Sprey et Matthews, 1989).

8.2 L'évaluation

Les outils d'évaluation apportent une preuve que de mauvais traitements sont survenus ou non ou qu'ils sont en train de survenir (Johnson, 1991) et les évaluations, d'une façon générale, sont la base à partir de laquelle on élabore des stratégies d'intervention. Deux enquêtes récentes parrainées par le gouvernement et concernant les programmes à l'intention des Canadiennes et des Canadiens âgés victimes de violence (Santé et Bien-être social Canada, 1992; Pittaway et Ganagher, 1995b) ont permis de constater la rareté des protocoles, des politiques et des procédures d'intervention officiels par rapport à la pratique immédiate. Il existe cependant quelques exceptions remarquables. Au cours de la dernière décennie, un certain nombre d'initiatives surtout locales, lancées par les hôpitaux, les organismes de services sociaux, les institutions et les programmes communautaires, au Canada et aux États-Unis, ont permis d'élaborer des procédures pour faire face à la violence et à la négligence à l'égard des clients âgés.

Ces protocoles élaborés indépendamment à partir d'évaluations non systématiques qui s'appuient sur le jugement professionnel plutôt que sur des données objectives (Rathbone-McQuan et Voyles, 1982) à des listes de vérification des indicateurs de risque de violence et de négligence (Fulmer, 1989; Podnieks, 1988; Sengstock *et al.*, 1986). Ces listes de vérification peuvent comprendre ou ne pas comprendre des examens du soutien

physique, psychologique médical et social dont bénéficie la victime (Glendenning et Decalmer, 1993; Johnson, 1991; Quinn et Tomita, 1986). Les protocoles plus détaillés, comme l'Elder Abuse Diagnosis and Intervention Model (Quinn et Tomita, 1986), le Staircase Model, élaboré par Breckman et Adelman (1988), le modèle SEVNA (Smelters, 1993), le Victoria Elder Abuse Project (1993) et le modèle du Projet Care, élaboré par Reis et Nahmias (1995), décrivent aussi des stratégies d'intervention et des procédures de traitement des cas.

Un grand nombre des protocoles d'évaluation en usage à l'heure actuelle sont fondés sur les hypothèses que l'on retrouve dans les ouvrages sur la violence familiale; par conséquent, ils contiennent plusieurs lacunes qui ont pour origine les définitions, l'élaboration de théories et les méthodes de recherche inadéquates que l'on retrouve dans ce domaine (McDonald *et al.*, 1991; Phillips *et al.*, 1990). Tout comme les instruments de dépistage, bon nombre de ces protocoles d'évaluation ne font appel qu'à un seul modèle, par exemple le modèle axé sur les situations, et ne tiennent pas compte des autres facteurs qui ont été associés à la violence. Ils ne tiennent pas compte non plus des aspects interactionnels de la violence, dont nous avons parlé ci-dessus. Fait important, très peu de ces instruments ou protocoles d'évaluation ont fait l'objet d'essais cliniques; en conséquence, il n'existe aucune preuve qu'ils facilitent réellement la précision dans la détermination ou la « découverte de cas ». Un problème lié à la détection et au dépistage de la violence et de la négligence à l'égard des aînés est la question de la prestation

du service. Callahan (1988) a soutenu, par exemple, que la découverte et la détection des cas sont inefficaces à moins qu'il n'y ait suffisamment de services et d'employés que l'on peut affecter aux cas (Watson *et al.*, 1995).

Tant les instruments de dépistage que les instruments d'évaluation profiteraient aussi d'une plus grande attention aux différents types de violence et de négligence. Dans les ouvrages existants, il semble y avoir, dans le contenu, un biais manifeste en faveur des questions liées à la violence et à la négligence physiques. Les fréquences des rubriques concernant les différents types de violence et de négligence sont loin d'être égales (Kozma et Stones, 1995; Sengstock et Hwalek, 1987); celles qui concernent la violence et la négligence physiques sont surreprésentées, tandis que celles qui sont conçues pour analyser les questions relatives à la violence psychologique et à l'exploitation financière, ainsi qu'à la violation des droits de la personne, restent sous-représentées (McDonald *et al.*, 1991; Sengstock et Hwalek, 1987). En conséquence, les instruments qui sont utilisés dans les milieux cliniques de nos jours peuvent vraisemblablement, au mieux, dépister seulement un faible pourcentage de tous les cas de violence.

8.3 L'intervention

Les décisions quant à savoir comment et quand intervenir en faveur des victimes de violence et de négligence sont parmi certaines des plus difficiles que doivent prendre les prestataires de services (Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique, 1994). Sur le plan conceptuel, deux types de protocoles d'intervention ont été

élaborés en Amérique du Nord : soit les types propres aux organismes et les types communautaires. Les premiers définissent le mandat d'un organisme particulier et les procédures qu'il suit pour intervenir dans les cas de violence et de négligence, tandis que les seconds se concentrent sur la coordination et le regroupement des efforts des organismes de services communautaires et sociaux (Santé et Bien-être social Canada, 1997). Au cours des années 1990, sur le plan des services immédiats, les protocoles d'intervention reçoivent toujours moins d'attention dans les ouvrages que les protocoles de dépistage et d'évaluation. Ce déséquilibre traduit peut-être l'incapacité des experts du domaine à définir convenablement la violence à l'égard des personnes âgées ou à en cerner les causes. Les protocoles d'intervention qui existent représentent différentes approches et comprennent habituellement des éléments juridiques, thérapeutiques et éducationnels, et des éléments se rattachant à la défense des droits (Breckman et Adelman, 1988; Fulmer et O'Malley, 1987; Quinn et Tomita, 1986; Reis et Nahmias, 1995). Certains protocoles énumèrent les options en matière d'intervention (Podnieks, 1985; Quinn et Tomita, 1986), tandis que d'autres fournissent des « arbres de décision » à l'intention des prestataires de services de première ligne (Basu, 1992; Braun *et al.*, 1993; Fulmer et O'Malley, 1987).

Ces dernières années, un certain nombre de faits intéressants et importants se sont produits à l'échelon de la collectivité, à la grandeur des États-Unis et du Canada. Plus précisément, il s'est produit un mouvement vers l'établissement de

protocoles communautaires visant à améliorer la prestation des services (Wolf, 1992). Le meilleur exemple de ce mouvement aux États-Unis est le San Francisco Consortium for Elder Abuse Prevention, un réseau de 55 organismes établi pour améliorer l'intervention des professionnels de la ville en cas de violence à l'égard des personnes âgées (Wolf, 1992). Ce programme, administré par le Mount Zion Institute on Aging, fournit des renseignements, de la formation et du soutien aux organismes membres pour les aider à agir efficacement dans leur intervention en cas d'abus et de négligence (Njeri et Nerenberg, 1993).

Un grand nombre de provinces et de collectivités canadiennes sont fières de disposer de protocoles d'intervention élaborés sur place. Ces protocoles comprennent, sans s'y limiter, les Centres locaux de services communautaires (CLSC) comme ceux de NDG et de Montréal Ouest et les CLSC René Cassin, à Montréal, l'Advocacy Centre for the Elderly, à Toronto, l'Elder Abuse Resource Centre, à Winnipeg, le Kerby Centre, à Calgary, et les North Shore Community Services, à Vancouver Nord (McKenzie *et al.*, 1995). Plus récemment, le Haldimand-Norfolk Steering Committee on the Abuse of Older Adults in Ontario s'est vu accorder une subvention de trois ans pour importer et mettre en place un modèle de réseau d'intervention communautaire élaboré en Colombie-Britannique (Chapman, 1994; Vancouver Elder Abuse Network, 1994; Zannatta et Sagi, 1995).

Au cours de la dernière décennie, le Canada a manifestement pris une

initiative considérable dans l'élaboration de protocoles d'intervention locaux et communautaires. C'est peut-être parce que les interventions sont si récentes que l'on en a rarement évalué l'efficacité; au lieu de cela, les évaluations se sont appuyées sur des rapports anecdotiques présentés par les praticiens (Spencer, 1995). Ainsi, bon nombre des limites des moyens de dépistage et d'évaluation actuels peuvent aussi se retrouver dans les stratégies d'intervention. McDonald et ses collègues (1991) formulent trois observations critiques au sujet des protocoles existants : ces protocoles supposent un modèle de violence qui est axé sur les situations et dans lequel intervient une personne soignante, modèle qui persiste malgré des preuves à l'effet contraire qui commencent à figurer dans les ouvrages; ils ne contiennent pas de définitions adéquates d'indicateurs donnant les stratégies que l'on devrait utiliser et indiquant avec qui et dans quelles circonstances on devrait les mettre en oeuvre; en outre, ils ne peuvent faire état d'aucune ou de presque aucune preuve de l'efficacité des traitements et des interventions.

8.4 Les choix difficiles

Les problèmes d'élaboration de protocoles valables et fiables pour le dépistage, l'évaluation et l'intervention sont toujours présents (Kozma et Stones, 1995; McDonald et Wigdor, 1995). Ce fait a été mis en évidence lorsque le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique (1994) a conclu qu'il n'y avait pas de preuves suffisantes pour permettre d'appuyer ou d'exclure les conclusions des cas. L'examen et la critique effectués par le groupe laissaient entendre que l'on n'avait présenté aucune combinaison de

facteurs de risque suffisamment sensibles ou utiles dans les conclusions des cas. Étant donné l'effervescence renouvelée de l'activité de recherche sur les propriétés psychométriques d'un certain nombre de protocoles, le rapport peut avoir servi à placer cette question au centre des préoccupations des cliniciens et des chercheurs. Pour que le travail psychométrique se poursuive, il faudra effectuer davantage de recherche, choix difficile lorsque les ressources sont rares et que, dans le domaine, on préfère l'intervention à la recherche.

La discussion des protocoles acquiert une toute nouvelle dimension lorsque l'origine ethnique est prise en considération. À l'heure actuelle, quelques études offrent de la documentation et une description de la violence et de la négligence telles qu'elles se manifestent au sein de différents groupes ethnoculturels. Ces recherches concernent, entre autres, la collectivité autochtone (American Indian Law Centre Inc., 1990; Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, (AIIAC) 1992; Dunn, 1992; Maxwell et Maxwell, 1992; Spencer, 1996), la communauté afro-américaine

(Griffin, 1994; Griffin et Williams, 1992; Njeri et Nerenberg, 1993) et la communauté asiatique (Moon et Williams, 1993; Tomita, 1994), ainsi qu'un éventail de collectivités ethnoculturelles (Bergin, 1995). La conclusion la plus manifeste qui ressort de ce travail est que les connaissances dans ce domaine sont encore rudimentaires. À l'heure actuelle, on doit s'occuper d'un certain nombre de questions élémentaires et fondamentales. Les modèles occidentaux d'évaluation, de diagnostic et d'intervention dans les cas de violence à l'égard des aînés sont-ils applicables à d'autres groupes? Dans le cas contraire, comment devrait-on modifier les méthodes existantes? Les différences ethnoculturelles influent-elles sur les définitions de ce qui constitue de la violence et de la négligence? Et, enfin, existe-t-il des facteurs ethnoculturels qui contribuent à la violence et à la négligence (Pittaway et Gallagher, 1995a; Tomita, 1994)? Si la recherche dans ces domaines révèle des différences importantes par rapport aux modèles de violence à l'égard des aînés utilisés par la majeure partie de la société, il faudra concevoir de nouveaux protocoles.



9

Les programmes et les services

9.1 Considérations générales

Un programme fournit un plan détaillé de prestation des services; il établit des ressources et il coordonne la prestation des services par le gouvernement et les organismes privés et publics (McDonald *et al.*, 1991). On a élaboré quatre principaux types de programmes pour faire face à la violence à l'égard des aînés : les programmes réglementaires des services de protection des adultes, les programmes basés sur le modèle de la violence familiale, les programmes de défense des droits des aînés et un modèle intégré.

9.2 Les programmes de protection des adultes

9.2.1 Les approches législatives

Un certain nombre de recours légaux sont à la disposition des Canadiens et des Canadiens qui désirent faire face au problème de la violence et de la négligence à l'égard des aînés. Les garanties juridiques générales que l'on retrouve dans le *Code criminel* ont trait à la violence, à l'agression et à la négligence physiques. Les procurations ont trait à l'exploitation financière et les lois sur la tutelle de toutes les provinces

prévoient la nomination d'un tuteur qui agira au nom d'une personne qui est mentalement incapable de gérer ses propres affaires ou de prendre soin de sa personne. Toutes ces lois ont été violemment critiquées en raison des interventions insuffisantes qu'elles permettent pour réagir contre la violence et la négligence à l'égard des personnes âgées (voir Carbonell, 1992; Coughlan *et al.*, 1995; Gordon, 1995; Gordon et Verdun-Jones, 1992; Harbison *et al.*, 1995a, 1995b; Robertson, 1995; Spencer, 1996), mais aucune disposition juridique n'a attiré autant d'attention critique que la législation sur la protection des adultes.

Les cinquante États américains et quatre provinces canadiennes ont réagi contre le problème de la violence et de la négligence à l'égard des personnes âgées en adoptant une législation spéciale sur la protection des adultes (Robertson, 1995; Wolf, 1992). L'approche législative, fortement influencée par les modèles relatifs au bien-être de l'enfance, se caractérise par des pouvoirs judiciaires d'enquête, d'intervention et de déclaration obligatoire (Robertson, 1995). Un examen de ces programmes aux États-Unis et au Canada semble indiquer que les interventions réelles varient

largement au sein des États et des provinces et entre ceux-ci. Cette diversité semble être liée au type de législation et à l'engagement financier des administrations à l'égard des ressources de la collectivité (Quinn et Tomita, 1986; Robertson, 1995; Wolf, 1992; Zborowsky, 1985).

Les programmes des services de protection combinent habituellement des services juridiques, sanitaires et sociaux afin de permettre le plus large éventail possible d'interventions. Ils exigent une coordination et un travail d'équipe interdisciplinaire considérable. Au Canada, avec l'adoption de la législation concernant la protection des adultes dans les provinces de l'Atlantique, les services de protection ont été assurés par les ministères provinciaux des services sociaux.

9.2.2 La Nouvelle-Écosse

La Nouvelle-Écosse a mis sur pied une Unité des services de protection des adultes, au sein du ministère des services sociaux de la province, en 1986, à la suite de l'adoption de sa *Loi sur la protection des adultes*. Cette unité a pour but d'« assurer la protection contre la violence physique, la violence sexuelle, la cruauté mentale et la négligence à l'égard des personnes âgées de 16 ans ou plus qui sont incapables de prendre convenablement soin d'elles-mêmes ». Les rapports obligatoires font partie de la législation et les rapports sur les cas de violence font l'objet d'enquêtes de la part des travailleurs de la protection des adultes en poste à la grandeur de la province. À l'heure actuelle, l'Unité des services de protection des adultes semble s'occuper surtout d'intervention en cas de crise. On met l'accent sur la prestation de

services à domicile (McDonald *et al.*, 1991). Les victimes sont dirigées vers les ressources communautaires sur une base volontaire. L'intervention prescrite par les tribunaux n'a lieu qu'en dernier ressort et seulement lorsque la victime est réputée incapable de prendre une décision éclairée (Santé et Bien-être social Canada, 1992).

La *Loi sur la protection des adultes* de la Nouvelle-Écosse a récemment été critiquée parce qu'elle traite non pas de la violence mais de négligence de soi et que, fondamentalement, elle ne s'occupe pas de la personne âgée compétente victime de violence. Selon l'une des revues, la déclaration obligatoire devrait être remplacée par la déclaration volontaire (Harbison *et al.*, 1995a, 1995b).

9.2.3 L'Île-du-Prince-Édouard

La *Loi sur la protection des adultes* de l'Île-du-Prince-Édouard (1988) fait en sorte que les personnes qui sont incapables de se protéger elles-mêmes contre la violence bénéficient d'une protection. Cela doit se faire de la façon la moins intrusive possible et, dans la mesure du possible, de façon à respecter les désirs des personnes. Des quatre provinces, l'Île-du-Prince-Édouard possède la législation qui ressemble le moins au modèle relatif au bien-être de l'enfance (Gordon, 1995). La législation a été établie sur le modèle de la Loi de la Nouvelle-Écosse mais elle n'inclut pas la déclaration obligatoire (Santé et Bien-être social Canada, 1992). Elle contient un plan de mise en oeuvre en 68 étapes qui prévoit une intervention multidisciplinaire dans les cas de violence signalés. À l'heure actuelle, il n'existe pas de services spécialisés pour les aînés victimes de

violence. Au lieu de cela, des services de soutien communautaires aux victimes semblent s'occuper de la violence à l'égard des aînés dans le cadre d'une approche plus vaste de la violence familiale (McDonald *et al.*, 1991).

9.2.4 La Colombie-Britannique

À la suite de l'adoption de l'*Adult Guardianship Act*, S.B.C. 1993, la Colombie-Britannique a lancé une nouvelle initiative concernant le soutien et l'aide aux aînés victimes de violence et de négligence (Robertson, 1995). Cette loi représente une refonte complète de la loi sur la protection des adultes vulnérables. Gordon (1995) soutient que la loi de la Colombie-Britannique représente une nouvelle tendance au Canada à incorporer les dispositions de protection dans des lois « omnibus » refondues concernant la tutelle des adultes (Gordon, 1995). L'inclusion de dispositions concernant la protection des adultes dans le corps plus vaste de la loi sur la tutelle des adultes peut entraîner l'utilisation régulière de la tutelle ordonnée par les tribunaux, au lieu de mesures moins gênantes (Gordon, 1995).

Semblable à la législation des provinces de l'Atlantique, la loi accorde des pouvoirs d'enquêtes étendus à certains organismes, y compris le pouvoir de s'adresser aux tribunaux pour obtenir la prestation de services aux personnes jugées incapables (Robertson, 1995). Sur le plan des programmes, un certain nombre de faits importants se sont produits. Dans une tentative de découvrir des moyens moins restrictifs et moins intrusifs de réagir contre la violence et la négligence, le Programme d'autonomie des aîné(e)s (PAA) du

gouvernement fédéral a financé la mise sur pied de Community Resource Networks (CRN) dans un certain nombre de collectivités de la Colombie-Britannique. Les CRN consistent en des organismes locaux de services de santé, de services sociaux et de services juridiques qui regroupent leurs ressources afin d'intervenir d'une façon intégrée et coopérative dans les cas de violence et de négligence. Les objectifs des réseaux consistent à fournir une série de services aux adultes victimes de violence, à servir de ressource aux prestataires de services et à offrir un service fiable et régulier à leurs clients (Zannatta et Sagi, 1994).

9.2.5 Les critiques

Une controverse considérable perdure au sujet de la législation et des programmes de protection des adultes. Leurs défenseurs laissent entendre que ces interventions signifient que les droits de la personne adulte sont finalement garantis et que l'on peut faire des tentatives pour améliorer le niveau de fonctionnement d'une personne tout en la protégeant contre la violence (McDonald *et al.*, 1991). Les adversaires de cette approche axée sur l'application de la loi contestent vigoureusement ces affirmations. Par exemple, ils soutiennent que tout système de soins qui est modelé sur la législation protectionniste visant le bien-être de l'enfance doit inévitablement infantiliser les personnes âgées et violer leur droit à l'indépendance (Groupe Conseil ARA Inc., 1991). Sur le plan pratique, on déclare souvent que les travailleurs de la protection des adultes sont « prompts à la détente » lorsqu'ils demandent une tutelle afin de placer les personnes âgées dans des institutions

(Quinn et Tomita, 1986)—préoccupation qui s'accroît avec l'utilisation de la nouvelle législation « omnibus ». D'autres personnes ont soutenu que la législation sur la protection des adultes n'est pas utile parce que, dans bien des cas, les ressources sont insuffisantes pour que l'on s'occupe adéquatement des cas déclarés (Bond, Penner et Yellen, 1995; Groupe Conseil ARA Inc., 1991). Sans services adéquats en place pour soutenir les personnes victimes de violence, un système de services de protection des adultes ne peut pas intervenir efficacement dans les cas de violence et de négligence (Groupe Conseil ARA Inc., 1991).

Plusieurs études canadiennes soulignent certaines des lacunes de la législation sur la protection des adultes et de sa mise en oeuvre. Bond, Penner et Yellen (1995) ont fait un sondage auprès des professionnels canadiens et américains au sujet de l'efficacité de la législation sur la protection des adultes. La plupart des personnes interrogées estimaient qu'elle était inefficace—mais elles s'inquiétaient aussi du fait qu'il n'y avait pas suffisamment de fonds pour administrer le programme et pour fournir les services aux personnes âgées victimes de violence—and qu'en outre, ce problème existait même avant que les gouvernements ne commencent à réduire les budgets.

Poirier (1992) a comparé l'application de la législation sur la protection des adultes en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick et il a constaté que, malgré de nombreuses similitudes, l'interprétation de cette législation au Nouveau-Brunswick était très influencée par les normes de la

profession du travail social. En conséquence, au Nouveau-Brunswick, on ne faisait que des interventions moins intrusives et peu de cas étaient soumis aux tribunaux. Toutefois, en Nouvelle-Écosse, Poirier a pu constater que le système judiciaire sert à appliquer la législation six à douze fois plus souvent qu'au Nouveau-Brunswick. Dans une autre étude, Poirier (1992) a examiné les conséquences pour les clients soumis à la législation sur la protection des adultes au Nouveau-Brunswick. Il a constaté que le facteur le plus important lorsqu'il s'agit de déterminer si l'on a ordonné ou pas des mesures de protection consistait à savoir si la personne était représentée par un avocat. Les clients ayant un avocat étaient mieux protégés. Il a aussi constaté que la philosophie juridique du juge avait une énorme influence sur la décision, ce qui représente un danger si le juge est en faveur des aspects gênants de la législation.

9.3 Les programmes concernant la violence en milieu familial

L'intervention contre la violence familiale, en cas de violence et de négligence à l'égard des aînés, a pris un élan considérable en Amérique du Nord, parce qu'elle ne viole pas les droits civils des personnes et qu'elle n'exerce aucune discrimination fondée sur l'âge (Crystal, 1987; Finkelhor et Pillemer, 1984; McDonald *et al.*, 1991). Cette intervention en cas de violence à l'égard des aînés consiste en une approche à multiples volets qui comprend les services d'intervention en cas de crise, comme les lignes rouges; un rôle accru pour la police dans le

dépôt d'accusations; des ordonnances des tribunaux relatives à la protection, l'utilisation de cliniques juridiques; des refuges d'urgence ou des refuges secondaires; des groupes de soutien tant pour la personne violentée que pour l'auteur des actes de violence; de la thérapie individuelle et familiale et l'utilisation de toute une gamme de services de santé, de services sociaux et de services juridiques (McDonald *et al.*, 1991). L'éducation du public et, en particulier, l'éducation des personnes victimes de violence, au sujet de leurs droits, fait partie intégrante des services en cas de violence familiale.

À l'heure actuelle, il existe un certain nombre de programmes individuels et collectifs pour les victimes de violence à l'égard des personnes âgées. Au Canada, l'Elder Abuse Resource Centre, un programme de Perspective des aînés, mis en place à Winnipeg, et le Centre Kerby à Calgary, correspondent vaguement à l'approche axée sur la violence familiale. Par exemple, l'Elder Abuse Resource Centre intervient dans les situations de violence soupçonnée à l'égard de personnes âgées de 60 ans ou plus. Ce centre a été conçu pour coordonner les services communautaires dans les cas de violence et de négligence à l'égard des personnes âgées, pour fournir l'éducation et pour assurer la consultation des organismes ainsi que pour offrir des services de counseling aux personnes âgées victimes de violence (McKenzie *et al.*, 1995). Le Centre Kerby, d'autre part, combine une équipe multidisciplinaire et une

approche axée sur les systèmes familiaux. Les cliniciens traitent les cas de violence à l'égard des aînés dans le cadre d'un continuum de questions concernant la violence familiale et ils croient que les efforts qu'ils font pour résoudre les problèmes de violence à l'égard des aînés devraient tenir compte de l'ensemble de l'unité familiale (Groupe Conseil ARA Inc., 1991). Plusieurs États américains disposent aussi de refuges à l'intention des personnes âgées victimes de violence (Cabness, 1989) et de nombreux refuges de femmes existants hébergent maintenant des femmes âgées victimes de violence (Vinton, 1991). Au Canada, Montréal a ouvert le premier refuge pour les personnes âgées victimes de violence et un certain nombre d'autres collectivités envisagent d'établir de tels refuges⁷ ou d'adapter les refuges existants afin de pouvoir héberger quelques femmes âgées.

Le modèle axé sur la violence familiale n'est pas sans ses critiques (McDonald *et al.*, 1991; Phillips, 1986), qui sont prompts à en signaler les lacunes. Les problèmes concernant l'intervention de la police et les ordonnances restrictives, les refuges mal gérés et un manque de services de suivi ne sont que quelques-uns des problèmes. Les gérontologues ont également fait une mise en garde contre l'utilisation unique de l'intervention en cas de crise, étant donné que les problèmes auxquels font face les personnes âgées ont tendance à être complexes, multiples et interdépendants; on peut avoir besoin de beaucoup de temps pour les régler et

⁷ Une initiative résultant du projet Synergy II, à Calgary, est un refuge pour les personnes âgées victimes de violence, lequel ouvrira ses portes au cours de l'an prochain.

il faut les suivre de près (Ledbetter et Hancock, 1990). En outre, le modèle ne s'applique pas aux cas de négligence par opposition aux cas de violence.

9.4 Les programmes de défense des droits des aînés

La défense des droits comprend tous les actes que l'on exécute au nom d'une personne ou d'un groupe afin de s'assurer que leurs besoins sont satisfaits et que leurs droits sont respectés. Tout comme dans le modèle axé sur la violence familiale, une approche axée sur la défense des droits reconnaît que la personne âgée peut être vulnérable et qu'elle peut se trouver dans une situation dangereuse. Dans les programmes de défense des droits des personnes victimes de violence, on tient pour acquis que les interventions les moins restrictives et les moins intrusives doivent s'appliquer à la situation de la personne âgée.

Il peut y avoir deux types de défenseurs, officiels et officieux. Les défenseurs officieux sont habituellement des bénévoles, comme les amis ou les membres de la famille, qui ne participent pas à un programme structuré; les défenseurs officiels⁸ sont des professionnels, lesquels sont rémunérés pour leurs services dans le cadre d'un programme structuré. En pratique, les défenseurs informent les clients de leurs droits et des services de rechange qui sont à leur disposition et ils peuvent les aider à exécuter des plans convenus. La

caractéristique la plus importante de la défense des droits est l'indépendance du défenseur par rapport à n'importe quel système de prestations officielles; cette distance permet au défenseur d'établir une relation positive avec la personne âgée.

Trois programmes de défense des droits bien connus illustrent cette indépendance. Dans le Senior Advocacy Volunteer Project, à Madison, Wisconsin, on forme des bénévoles afin qu'ils servent de défenseurs, sur une base individuelle, aux victimes de violence à l'égard des aînés. Les bénévoles se voient confier des affectations d'un an pour fournir un éventail d'aide, y compris une visite hebdomadaire, aider à effectuer les tâches comme la négociation avec les systèmes de services de santé et de services sociaux, la gestion des ressources financières, l'aide au déménagement et la tâche de tenir compagnie à la personne âgée (Wolf, 1992). L'Advocacy Centre for the Elderly de Toronto (Ontario) est un exemple de programme de défense juridique officiel. Établi en 1984, à titre de service d'aide juridique spécialisé pour les résidants de Toronto, son principal mandat est la défense juridique, y compris la prestation de conseils juridiques aux personnes âgées, ainsi que la représentation devant les cours et les tribunaux (Gordon *et al.*, 1986). Les North Shore Community Services, à Vancouver Nord, ont également élaboré un modèle de défense : cet organisme sert de guichet

⁸ L'Ontario disposait d'un programme de défense formel en vertu de la *Loi de 1992 sur l'intervention*, mais cette loi vient d'être abrogée. Gordon (1995) a soutenu que le problème des programmes de défense consistait en ce que, durant les époques de restrictions financières, il y avait une forte probabilité de réduction des services. Dans le cas de l'Ontario, la *Loi sur l'intervention* a été supprimée.

unique pour les personnes âgées qui ont besoin de renseignements et de services. La philosophie de ce service est fondé, dans une certaine mesure, à la fois sur l'idéologie féministe et sur la défense juridique. Il permet de situer l'expérience personnelle des personnes dans le contexte plus large de la société (McKenzie *et al.*, 1995) et il donne aux personnes âgées le pouvoir et le contrôle en recevant leurs instructions.

La défense des droits des aînés joue sans doute un rôle important dans la protection et la promotion des intérêts des adultes vulnérables. Un examen étendu de ces services aux États-Unis fournit la preuve que lorsque les victimes ont des défenseurs, elles signalent moins d'isolement social, sont mieux reliées aux services de la collectivité, atteignent un plus grand nombre de leurs objectifs et sont moins susceptibles d'être victimes de violence (Filinson, 1993). Cependant, deux questions exigent une plus ample considération. Comme McKenzie et ses collègues (1995) le font remarquer à juste titre, connaître ses droits est une chose, les défendre en est une autre. Les personnes qui peuvent s'affirmer sont plus susceptibles d'obtenir l'attention des autres. Malheureusement, de nombreuses personnes âgées ont un grand besoin d'aide mais, en raison de leur incapacité ou de leur isolement, elles n'obtiennent pas l'assistance qu'elles méritent.

9.5 Le modèle intégré

Une tendance observable à l'échelon de la collectivité a été la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires, constituées de travailleurs provenant d'un vaste éventail d'organismes qui représentent l'ensemble des programmes décrits ci-dessus. Ces équipes ou ces comités axés sur la collectivité donnent des consultations sur les cas de violence atypiques et difficiles, ils aident à résoudre les désaccords entre les organismes et ils fournissent des services comme des consultations juridiques et médicales, que l'on ne trouve pas facilement dans la collectivité (Wolf, 1992). Dans les situations comportant de la violence à l'égard des aînés, les chercheurs et les décideurs préconisent souvent la coordination des soins de santé et des services sociaux, dans le processus de détection et d'intervention (Decalmer et Marriot, 1993; Santé et Bien-être social Canada, 1993; Pittaway et Gallagher, 1995a, b). Bien que l'on ait fait peu de recherche pour évaluer l'efficacité des équipes multidisciplinaires, de nombreuses personnes croient que ces équipes améliorent la qualité et la quantité des services (Santé et Bien-être social Canada, 1993; Watson *et al.*, 1995).

Aux États-Unis, deux programmes valent la peine d'être mis en évidence. L'État de l'Illinois a ordonné à tous les organismes qui fournissent des services en cas de violence à l'égard des aînés à une assiette de population supérieure à 7 200 personnes de mettre sur pied des équipes multidisciplinaires comprenant des représentants des services comme

les services de santé mentale, les services médicaux, les services d'application de la loi, les services religieux, les services juridiques et les services financiers (Hwalek, Williamson et Stahl, 1991). Une réalisation également digne de mention est l'équipe multidisciplinaire de consultation sur les cas mise sur pied par le San Francisco Consortium for the Prevention of Elder Abuse. Cette équipe comprend neuf représentants d'un certain nombre de professions, dont celles du traitement des cas, des consultations familiales, de la santé mentale, de la médecine gériatrique, de l'application de la loi, des services financiers et des services de protection des adultes. L'équipe se réunit une fois par mois pour étudier les cas, en faire des évaluations complètes et détaillées et établir des plans d'intervention concernant les cas de violence à l'égard des aînés lorsque ces cas comportent des problèmes multiples et nécessitent l'intervention de nombreux organismes.

Au Canada, le Projet Care (Reis et Nahmias, 1995) semble être un prolongement du modèle intégré; il incorpore plusieurs des services que Wolf (1992) a désignés comme constituant les approches selon les meilleures pratiques. Le Projet Care, financé par la Division de la prévention de la violence familiale, Direction générale des programmes et des services de santé, Santé Canada, a été conçu pour élaborer un programme d'intervention global permettant aux professionnels et aux bénévoles d'intervenir efficacement dans les cas de violence et de négligence. Les auteurs décrivent plusieurs éléments principaux

de leur modèle d'intervention : le « Tool Package », pour signaler les cas de violence; une « équipe de soins à domicile », laquelle est dotée de professionnels d'organismes multidisciplinaires et de paraprofessionnels, qui ensemble fournissent le service de première ligne; l'« équipe multidisciplinaire », un petit groupe consultatif qui surveille tous les cas de violence et conseille les membres de l'équipe de soins à domicile sur des cas particuliers; l'équipe d'experts consultants, un autre groupe consultatif mis sur pied à l'extérieur de l'organisme d'intervention pour fournir des conseils spécialisés; les « Volunteer Buddies », des bénévoles formés qui rencontrent régulièrement les personnes âgées victimes de violence; un groupe d'habilitation à l'intention des victimes de violence et un groupe de soutien des personnes soignantes, qui offre un soutien et fournit des stratégies de résolution de problèmes aux personnes qui ont commis des actes de violence, et le Community Senior Advisory Committee, qui concentre son attention sur la prévention de la violence et la sensibilisation de la collectivité.

Les évaluations initiales de cette approche de la prestation des services se sont révélées très positives : les prestataires de services se familiarisent les uns avec les autres, les ressources sont organisées et réparties dans le cadre d'une initiative unique et des plans de soins plus complets sont établis. La principale lacune est que les équipes consacrent plus de temps à chaque cas que les professionnels qui agissent seuls (McDonald, 1996).

9.6 Les questions liées à la pratique

9.6.1 L'évaluation de la pratique

Il faut formuler quelques commentaires au sujet du manque flagrant d'évaluations des programmes dans le domaine de la violence à l'égard des aînés. Comme Spencer (1995) l'a fait remarquer, la recherche américaine dans ce domaine a, jusqu'à récemment, été rudimentaire et le travail canadien dans ce domaine est inexistant. Jusqu'à présent, même les questions les plus fondamentales concernant les types de services qui sont efficaces, leurs bénéficiaires et les circonstances dans lesquelles on fournit les services restent sans réponse (Stein, 1991).

L'évaluation des programmes est importante pour un certain nombre de raisons : elle fournit aux praticiens de première ligne des renseignements au sujet de ce qui est efficace; elle permet aux organismes de comparer les objectifs des programmes et les résultats réels; elle indique quels sont les aspects des programmes qui sont désuets et inefficaces et, enfin, elle fournit la preuve de la pertinence d'interventions particulières, laquelle, par la suite, peut servir à justifier des demandes de maintien de financement (Pittaway et Gallagher, 1995a,b; Spencer, 1995). Il est réconfortant de voir qu'un grand nombre des programmes d'intervention canadiens les plus prestigieux relatifs à la violence à l'égard des aînés ont répondu au défi de Stein (1991) d'améliorer la façon dont les résultats de la recherche sont conçus et utilisés. Des projets comme l'Elder Abuse Resource Centre à Winnipeg, le Victoria Elder Abuse Project, le Projet Care et Synergy. Ils ont tous incorporé un éventail de

mesures dans leur conception.

Considérés dans leur ensemble, les résultats de ces études fourniront des renseignements précieux au sujet de l'efficacité de ces approches; il est à espérer que d'autres personnes seront encouragées à se joindre à la « révolution des résultats ».

L'évaluation des programmes dépend, bien sûr de la façon dont l'« efficacité » est conceptualisée. McDonald et ses collègues (1991) ont été les premiers à faire observer que la question de savoir si une intervention est réputée utile ou pas est affaire de perspective. Par exemple, pour un clinicien, « le retrait de la personne âgée d'une situation de violence » peut constituer un succès tandis que la victime peut considérer cela comme un échec (Kozak, 1994). Par conséquent, des discussions entre les cliniciens, les chercheurs et les personnes âgées au sujet de la meilleure façon de mesurer l'efficacité seraient un exercice utile dans ce cas. Wolf et Pillemer (1989) et Spencer (1995) ont commencé cette discussion en proposant l'étude de questions comme : l'intervention fait-elle cesser la violence ou en réduit-elle la gravité? Se produit-il un changement du nombre d'actes de violence à la suite de l'intervention? La victime estime-t-elle qu'il y a eu une amélioration de la situation?

9.6.2 Les obstacles aux services

Trois documents gouvernementaux récents fournissent des aperçus des obstacles existants à la prestation des services aux personnes âgées qui sont victimes de violence (Groupe Conseil ARA Inc., 1991; Santé et Bien-être social Canada, 1993). Ces obstacles se classent actuellement dans trois catégories : certains sont associés à des

variables concernant le client, certains sont attribuables aux praticiens de première ligne et d'autres existent à cause de problèmes plus généraux qui se situent sur le plan des systèmes.

L'obstacle le plus considérable à une intervention efficace a trait à la répugnance des victimes elles-mêmes à communiquer avec les services et à s'engager auprès d'eux, comme on l'a fait remarquer ci-dessus (Pittaway et Gallagher, 1995b). Les prestataires de services immédiats ont aussi contribué au problème. Il arrive parfois que les prestataires de services ne savent pas exactement ce qui constitue de la violence et de la négligence; ils peuvent manquer de connaissances au sujet des services appropriés et des ressources communautaires auxquelles on peut faire appel pour faciliter la résolution du problème. Ce qui est encore plus préoccupant est la répugnance générale à intervenir. Considérés dans leur ensemble, les trois documents gouvernementaux semblent indiquer fortement qu'il faudrait accorder la priorité à sensibiliser davantage aux services les personnes âgées et les praticiens et accroître leurs connaissances à cet égard. (McDonald, Pittaway et Nahmias, 1995).

Sur le plan des systèmes, un certain nombre d'obstacles ont également été mis en évidence. Ces obstacles sont, entre autres, le fait que les mandats des organismes ne visent pas expressément la violence à l'égard des aînés, le financement inadéquat des ressources appropriées et un manque général de coordination entre les services existants. Par exemple, Podnieks et ses collègues (1990) ont cerné un certain nombre de lacunes dans les services canadiens et ils

ont souligné un important manque de soins de relève adéquats et abordables, de groupes de soutien aux personnes soignantes, de groupes d'entraide et de refuges d'urgence. Bien que, dans certains programmes, on ait tenté de combler certaines de ces lacunes cernées (p. ex., le Centre Kerby, le Projet Care), il subsiste d'importants déficits dans les programmes et dans les services.

Enfin, bien que la coordination ait été désignée comme étant un élément important de la prestation des services, on en parle plus souvent qu'on ne la réalise. On cite les différences dans les styles de leadership et de prise de décision, dans les philosophies, dans les principes et dans les valeurs comme étant des obstacles réguliers à l'élaboration d'un système de soins coopératif et sans faille (McDonald, Pittaway et Nahmias, 1995; Pittaway et Gallagher, 1995b). Par conséquent, ce dont on a besoin est une intervention générale de la collectivité dans la résolution des problèmes de violence et de négligence. Les services doivent être disponibles, accessibles, abordables, connus et perçus comme appropriés par les personnes auxquelles ils sont destinés (McDonald, Pittaway et Nahmias, 1995).

9.6.3 Les questions multiculturelles

Un rapport récent présenté par le Research Study Group on Elder Abuse (Chappell, 1993), qui portait sur les collectivités des Premières nations et sur les collectivités chinoises, a été parmi les premiers à contenir une déclaration énergique au sujet de la nécessité de réfléchir à la question de la violence et de la négligence selon une perspective plus pertinente sur le plan culturel. Ce

sentiment a eu d'autres échos dans des rapports rédigés dans le cadre de deux projets canadiens, au cours desquels on a également analysé les services dans diverses collectivités (Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, 1995; Pittaway et Gallagher, 1995b).

Il existe déjà des preuves considérables confirmant que la violence à l'égard des personnes âgées est un problème parmi de nombreux groupes ethnoculturels différents. Pour cette raison, il s'est présenté deux questions pressantes concernant la prestation des services. D'abord, les services à l'intention de la population générale répondent-ils d'une façon convenable aux besoins des personnes âgées provenant de milieux divers? Et, dans la négative, comment pourrait-on modifier les approches existantes?

La réponse à la première question semble être un non retentissant. Par exemple, au cours d'une étude, les personnes âgées provenant de différents milieux ethnoculturels ont fait état de problèmes concernant la communication, le transport et les ressources financières (Roche et Doumkou, 1990). La prestation de services à cette population est étroitement liée à la présence de racisme systémique.

Certains auteurs (McDonald, Pittaway et Nahmiash, 1995) ont exprimé l'avis que les prestataires de services ont besoin d'examiner de façon critique leurs croyances et leurs attitudes afin de déterminer si, d'une certaine façon, ils ne sabotent pas eux-mêmes l'intervention dans les cas de violence et de négligence.

L'étude de l'ACTTS et Pittaway et Gallagher (1995a,b) résument les questions culturelles qui posent des défis dans la prestation des services dans les cas de violence à l'égard des aînés. Ces questions comprennent, entre autres, l'effet des différences culturelles sur la définition de ce qui constitue de la violence et, peut-être, l'influence de ces différences sur le comportement de recherche d'aide; la nécessité d'avoir des interprètes dénués de préjugés; le manque de brochures et d'autres documents traduits, le besoin de modèles créatifs de prestation des services qui soient acceptables sur le plan culturel; la nécessité de former les prestataires de services afin qu'ils aient une plus grande sensibilité aux diverses cultures, et le besoin de liens plus étroits entre les organismes de la majorité qui servent les personnes âgées et les chefs des collectivités et les ressources directement liées aux différentes communautés ethnoculturelles.



10

La prévention

10.1 Les initiatives en matière d'éducation

On croit que l'éducation et la sensibilisation du public sont des éléments critiques dans n'importe quelle approche globale de la violence et de la négligence à l'égard des aînés. L'éducation ne concerne pas seulement l'acquisition de nouveaux renseignements : elle a trait à la modification des attitudes, des comportements et des valeurs. Pour cette raison, l'éducation constitue une stratégie de prévention fondamentale (Gallagher *et al.*, 1993; Greene et Anderson, 1993; Podnieks et Baillie, 1995; Podnieks *et al.*, 1990).

10.2 L'éducation des aînés

On ne saurait trop insister sur l'importance d'éduquer les personnes âgées au sujet de la violence et de la négligence et de leur fournir des renseignements sur les endroits où elles peuvent trouver de l'aide (Podnieks et Baillie, 1995). La connaissance est le pouvoir et elle peut servir à aider les personnes à s'aider elles-mêmes. Elle permet aux victimes (ou aux victimes éventuelles) de se protéger et de protéger leurs droits. Par la suite, cela contribue à leur donner un plus grand sentiment de contrôle et d'efficacité personnelle (Reis et Nahmiash, 1995).

Au Canada, le Réseau canadien des aînés La Voix a assumé un rôle clé dans l'élaboration d'un plan d'action coordonné concernant la violence subie par les personnes âgées à la grandeur du Canada. Une initiative importante et récente de ce groupe concerne la fourniture aux collectivités d'outils qui leur permettront d'élaborer une intervention coordonnée en cas de violence à l'égard des aînés. À cette fin, La Voix a adopté une approche axée sur le développement communautaire et elle a élaboré une « trousse d'intervention » que les personnes âgées pourront utiliser pour trouver des solutions aux problèmes de violence. Cette trousse contient toute la documentation nécessaire pour soutenir les efforts de défense des droits des personnes âgées qui désirent répondre aux besoins des aînés victimes de violence dans leurs collectivités respectives.

Aux États-Unis, l'American Association of Retired Persons (AARP) a assumé un rôle de chef de file dans la poursuite d'un effort national visant à sensibiliser davantage le public à la violence à l'égard des aînés. Cette association a mis l'accent sur la prévention et l'habilitation. Son programme unique appelé « Toward the Prevention of Abuse » enseigne aux personnes âgées la façon de prévoir le risque et de se

préparer au vieillissement de manière à réduire au minimum la possibilité d'être victimes de violence (Douglass, 1991).

Récemment, les praticiens en sont venus à comprendre que les renseignements, fournis isolément, ne sont pas suffisants. En conséquence, il est apparu, aux États-Unis et au Canada, un mouvement visant à élaborer des interventions de soutien et de résolution de problèmes, lesquelles s'ajouteront aux programmes d'éducation. On a supposé que ces services supplémentaires non seulement offrent une protection contre la violence mais contribuent aussi à réduire l'isolement (British Columbia Seniors Advisory Council, 1992).

Au Canada, le Projet Care, à Montréal (Reis et Nahmias, 1995), offre un excellent exemple de programme d'intervention qui incorpore à la fois le soutien individuel et le soutien de groupe dans une tentative d'habilitation des clients. Dans le cadre d'un réseau de soins plus vastes, les « Volunteer Buddies » rencontrent régulièrement les personnes âgées victimes de violence sur une base individuelle. Ces bénévoles contribuent à réduire l'isolement et ils informent les clients de leurs droits. En outre, leur « groupe d'habilitation » se réunit chaque semaine pour aider les victimes à discuter de leurs impressions et trouver, au moyen de séances de remue-méninges, des façons de faire face aux problèmes particuliers qui se présentent. Aux États-Unis, un exemple remarquable de cette approche est le Victim Support Group, au Mt. Sinai Centre for Elder Abuse (Wolf et Pillemer, 1994). Ce groupe fournit un soutien permanent, un encouragement et des conseils aux aînés victimes de

violence et il les prévient contre le sentiment d'être pris comme victimes.

Une variante remarquable de ces approches individuelles et collectives est la consultation entre pairs, qui rapproche les victimes sur une base individuelle. La consultation entre pairs, comme les deux autres approches, existe dans les organismes de personnes âgées et dans les organismes de services sociaux à la grandeur du Canada et des États-Unis (Podnieks et Baillie, 1995).

La participation active des Canadiennes et des Canadiens âgés à la résolution des problèmes de violence est un mouvement bienvenu dans le domaine. De plus en plus, les organismes de service de santé et de services sociaux comprennent que les besoins de soins concernent les clients et sont axés sur ceux-ci. Bon nombre des programmes bien établis concernant la violence à l'égard des aînés au Canada ont fait de ces derniers des participants actifs à l'élaboration et au fonctionnement quotidien de leurs services (p. ex., l'Elder Abuse Resource Centre, à Winnipeg, les CRN, en Colombie-Britannique, le Projet Care, à Montréal). Cependant, il reste encore à effectuer un travail considérable dans ce domaine. Il existe un certain nombre de façons de faire participer les personnes âgées à la lutte visant à réduire la violence, à savoir : la reconnaissance par les professionnels des apports des personnes âgées, la collaboration entre les personnes âgées et les professionnels, la prise de moyens pour susciter l'intérêt et la participation des personnes âgées et pour faire de cette participation une expérience valable, le recours aux

techniques de remue-méninges, l'utilisation des personnes âgées comme conseillers et la coordination centrale (Groupe Conseil ARA Inc., 1994).

10.3 L'éducation des professionnels

Il est particulièrement important pour les professionnels d'être capables de déterminer les cas où les personnes âgées sont victimes de violence et d'intervenir d'une façon constructive et appropriée. L'éducation des cliniciens dans ce domaine est un élément critique de l'acquisition des connaissances et des compétences et elle constitue le fondement nécessaire de l'offre de services. Une première étape importante consiste à trouver des moyens de montrer aux cliniciens à réfléchir au sujet de leurs propres attitudes et croyances sur le vieillissement et la violence en général (Johnson, 1995). Malheureusement, les sources des préjugés et de la discrimination sont souvent profondément cachées (Pittaway et Gallagher, 1995a,b). Il est impératif de susciter des occasions de prise de conscience, afin que les particuliers, les organismes et les collectivités puissent réfléchir d'une façon critique à leurs systèmes de croyances et déterminer de quelle façon ceux-ci influent sur leurs interventions dans les cas de violence à l'égard des aînés. Une tentative canadienne digne de mention, laquelle visait à fournir ce genre de renseignements, a été faite au Centre « Deer Lodge » à Winnipeg. Cet établissement de soins prolongés a élaboré une façon innovatrice d'encourager ses employés à examiner les répercussions des attitudes et des comportements âgistes (Podnieks et

Baillie, 1995). Grâce à un programme intitulé Aging Game (« le jeu du vieillissement »), on sensibilise les employés au processus du vieillissement et aux répercussions qu'un traitement inapproprié des personnes âgées a sur toutes les personnes concernées. En outre, pour compléter ce programme, le Centre « Deer Lodge » fournit une formation en cours d'emploi régulière au sujet des origines du comportement violent.

Les ouvrages portant sur la violence à l'égard des aînés décrivent souvent la honte, la culpabilité et la crainte de représailles qu'éprouvent les victimes de violence et la façon dont ces sentiments peuvent entraîner le déni de la violence. Ce que les ouvrages ne font pas de façon substantielle, cependant, est de dissiper les craintes et le déni des travailleurs sociaux (Baron et Welty, 1996). Le travail avec les victimes de violence constitue un défi aux meilleurs des moments. Les sentiments puissants que les victimes et les auteurs d'actes de violence suscitent chez les cliniciens doivent faire l'objet d'une formation et d'une supervision. La spécialiste britannique de la formation, Annie Zlotnick, résume le mieux cela lorsqu'elle déclare qu'« une approche purement didactique du sujet de la violence à l'égard des aînés est inappropriée en raison de la nature intense des questions où les émotions jouent un rôle central » et que la « cruauté de la violence peut facilement estomper les questions qui se présentent, même dans l'approche la plus rationnelle de la meilleure pratique et de la prise de décision » (Zlotnick, 1993). Une prémissse semblable soutient le programme de formation en matière de violence à l'égard des aînés

donné par le New York City Department for the Aging (DFTA). En plus d'aider les professionnels à déceler et à évaluer les cas et à intervenir de façon constructive, il enseigne aux travailleurs sociaux à cerner et à accepter les sentiments négatifs qui les envahissent eux-mêmes lorsqu'ils travaillent avec les aînés victimes de violence.

Au cours de la dernière décennie, on a fait de grands pas vers une sensibilisation accrue des professionnels dans la collectivité dans son ensemble, au moyen de séances de formation et de séminaires concernant la violence. De plus en plus, la violence à l'égard des aînés a été à l'ordre du jour des réunions, des conférences et des ateliers éducatifs et scientifiques portant sur la gérontologie (Podnieks et Baillie, 1995). En conséquence, le domaine s'élargit à la grandeur du Canada et l'on est en train d'élaborer de nombreux exemples impressionnantes de programmes de formation et de trousseaux de ressources (Hoff, 1994; McGregor, 1995; Pay, 1993). L'éducation et la formation des professionnels constituent un effort de prévention d'importance critique. La combinaison de l'éducation et de l'expérience est précieuse dans la lutte contre la violence à l'égard des aînés.

10.4 L'éducation des personnes soignantes

Le stress des personnes soignantes est entré en ligne de compte en tant que facteur qui accroît la probabilité de violence et de négligence (McDonald *et al.*, 1991; Zarit et Toseland, 1989). Pour cette raison, les programmes

d'éducation et de formation à l'intention de ces personnes jouent une rôle vital dans la prévention. Les groupes de soutien des personnes soignantes ont une histoire longue et distinguée, en tant que ressources visant à faciliter le soin des personnes âgées. Présents dans la plupart des collectivités du Canada et des États-Unis, ils offrent habituellement un soutien mutuel, une réduction du stress et des stratégies de résolution des problèmes. L'hypothèse sous-jacente est que la combinaison du soutien social, de l'éducation et de la formation contribuera à réduire la probabilité d'émergence de la colère, de l'agression et du conflit dans la relation de prestation de soins (Podnieks et Baillie, 1995).

Une ramifications innovatrice de cette approche traditionnelle est mentionnée plusieurs fois dans les ouvrages. En 1992, Scogin et ses collègues ont décrit un programme de formation élaboré pour aider les personnes soignantes qui commettaient des actes de violence. Les participants ont suivi un programme de présentations didactiques, de discussions en groupe, de jeux de rôles et de pratique guidée. Ils ont ensuite été comparés aux personnes soignantes qui n'avaient pas reçu la formation et, cela, selon quatre variables : la santé mentale générale, l'inventaire des actes de colère, l'estime de soi et le degré d'importance du fardeau. Les résultats ont indiqué que le programme de formation avait eu peu d'effet sur la colère et l'estime de soi. Toutefois, les personnes soignantes ont constaté une certaine réduction du coût personnel associé à la prestation de soins. La conclusion la plus importante a été que le groupe qui n'avait pas reçu de traitement a connu une augmentation

des symptômes de détresse, tandis que le groupe visé par le traitement a connu une diminution de ces symptômes.

Le Projet Care (Reis et Nahmias, 1995) offre aussi un groupe de soutien à celles des personnes soignantes qui ont déjà commis des actes de violence. Ce groupe se réunit chaque semaine et il offre un soutien, des renseignements sur les ressources et des moyens de résolution des problèmes afin d'implanter des modes de comportement non violents. Le programme de Scogin et ses collègues (1992) et le Projet Care sont deux des très rares programmes d'intervention systématique qui tentent de répondre aux besoins de l'abuseur. Étant donné la dynamique relationnelle entre les auteurs d'actes de violence et les victimes, aucune solution au problème de la violence à l'égard des aînés ne sera suffisante sans une adaptation satisfaisante de l'abuseur (Baron et Welty, 1996).

10.5 L'éducation du public

En plus de former les professionnels, il est essentiel de promouvoir la sensibilisation du public à la violence à l'égard des aînés. Il incombe à tous de prendre des mesures contre ce crime caché et d'apporter un soutien aux victimes d'une façon qui les encourage à demander de l'aide. Les campagnes de sensibilisation du public devraient être axées sur les personnes âgées victimes de violence et sur celles qui sont en mesure de reconnaître la violence lorsqu'elle se produit (Podnieks et Baillie, 1995).

Tant au Canada qu'aux États-Unis, on a élaboré un grand nombre d'outils, de programmes et d'ouvrages excellents d'éducation du public. Ces moyens comprennent, sans être limités à cela, une grande diversité de brochures sur le sujet, d'activités visant à accroître les ressources, d'activités de pression, de médias publics et de conférences locales et nationales. Au Canada, par exemple, le Conseil sur le vieillissement (1988) a conçu une monographie dans le cadre d'un projet pilote visant à accroître la sensibilisation à la violence à l'égard des aînés, aux échelons de la collectivité et des institutions. En outre, le Seniors' Education Centre de l'Université de Regina a élaboré un manuel de formation complet qui donne des instructions sur la façon de diriger un atelier, des renseignements sur le rôle de facilitateur, des orientations concernant les activités de groupe et des acétates à l'appui (Podnieks et Baillie, 1995). Aux États-Unis, le New York DFTA a lancé, à l'automne de 1993, une campagne d'extension. Des présentations ont eu lieu dans des centres pour personnes âgées. Des affiches et des services d'assistance ont été installés. La réponse à ce programme d'éducation du public a été considérable; on signale que le DFTA a reçu plus de 200 nouveaux appels visant à signaler de la violence à l'égard des aînés au cours de ce seul mois (Baron et Welty, 1996). Des programmes semblables ont aussi été mis en place ailleurs aux États-Unis, p. ex., en Floride (Vinton, 1991), en Ohio (Anetzberger, 1993) et dans le Rhode Island (Filinson, 1993).

On a aussi mis sur pied des coalitions constituées de prestataires de services pour éduquer les collectivités au sujet des questions concernant la violence et la négligence. Ces coalitions, par exemple la New York City Coalition on Elder Abuse, se réunissent régulièrement et elles offrent des conférences et des séminaires. Il serait idéal que ce modèle soit reproduit dans d'autres villes à la grandeur des États-Unis et du Canada.

D'autres efforts dignes de mention sont les tentatives récentes faites par plusieurs collectivités canadiennes pour élaborer des programmes de prévention qui enseignent aux enfants tôt dans la vie

à respecter les aînés et qui créent des possibilités de relations entre les générations (Podnieks et Baillie, 1995).

La violence et la négligence à l'égard des aînés sont un problème collectif. Elles ne doivent pas demeurer un secret partagé par la victime et l'auteur des actes de violence. On ne peut pas compter sur un organisme social pour le résoudre étant donné que c'est seulement grâce à l'éducation de la collectivité et du grand public que nous pourrons assurer la sécurité des personnes âgées. Pour cette raison, on doit accorder la priorité à ce domaine (McDonald *et al.*, 1991).

11

Regard vers
l'avenir

Si l'on considère les réalisations canadiennes dans la lutte contre la violence et la négligence à l'égard des aînés, il est encourageant de constater les progrès que l'on a faits durant la dernière décennie. Cela ne veut pas dire, cependant, que rien ne reste à faire ou que les défis seront moins énormes au cours du prochain siècle. Nous faisons l'expérience d'un contexte de ressources rares : les emplois continuent à disparaître, les dollars consacrés à la recherche s'évaporent, les programmes sont annulés et la concurrence est à l'ordre du jour.

Dans ce contexte, les chercheurs, les praticiens et les gouvernements du Canada font face à un ordre du jour décourageant. Au cours de la dernière décennie, la majeure partie des progrès ont été réalisés au chapitre de l'intervention et de la prévention, habituellement à un échelon régional et l'on n'a enregistré que de modestes gains dans le domaine de la recherche. La prochaine étape logique pour le Canada serait la mise sur pied d'un organisme national qui se consacrerait à la lutte contre la violence et la négligence à l'égard des aînés, qui rassemblerait les volets de la pratique, de l'éducation et de la recherche dans tout le Canada et qui les regrouperait dans un ensemble complet qui pourrait profiter à tous les Canadiens et à toutes

les Canadiennes. Dans ce cadre, on pourrait entreprendre des programmes nationaux de recherche et une action coordonnée; grâce à la collaboration et au ciblage stratégique, ces programmes pourraient être en vigueur à la grandeur du Canada.

La recherche qui reste à faire sera coûteuse mais cela, seulement à court terme. La recherche est nécessaire pour faciliter la répartition de ressources limitées entre les interventions, les services et la prévention en montrant l'efficacité relative. Ainsi, pour faire quelque progrès que ce soit, nous avons besoin d'une étude d'incidence de la violence, d'une étude de prévalence de la violence dans les institutions, d'une étude de contrôle des cas pour déterminer les facteurs de risque de violence, d'essais continus d'instruments de dépistage et d'évaluation et, plus que jamais, d'évaluations de la pratique, de la nouvelle législation « omnibus » et de nos programmes de prévention. Un élément critique à prendre en considération dans tous les domaines de la recherche sera la nécessité de s'occuper de la diversité ethnique.

Il n'est pas possible de proposer ici une stratégie d'action nationale. Une telle stratégie doit être déterminée par toutes les personnes intéressées, dont les plus importantes sont les Canadiennes et les

Canadiens âgés. Comme dans le cas d'autres questions d'intérêt national, les personnes âgées du Canada peuvent et doivent assurer la direction des efforts visant à éliminer la violence et la négligence à l'égard des aînés.

12

Ouvrages de référence

Aboriginal Nurses Association of Canada (1992). *Annual General Meeting Report for 1992: Abuse of the Elders in Aboriginal Communities*. Fort Qu'Appelle, SK : Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada.

American Association of Retired Persons, AARP (1990). *Toward the Prevention of Domestic Mistreatment or Abuse*. Washington, DC : AARP.

American Indian Law Centre Inc. (1990). *Model Tribal Elder Protection Code*. Albuquerque, NM : American Indian Law Centre Inc.

American Medical Association (AMA) (1992). *Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect*. Chicago, IL : American Medical Association.

Anetzberger, G. (1987). *The Etiology of Elder Abuse by Adult Offspring*. Springfield, IL : Charles C. Thomas.

Anetzberger, G. (1993). *Elder Abuse Programming Among Geriatric Educating Centres*. New York, NY : The Haworth Press, Inc.

Anetzberger, G. J., Korbin, J. E. et Austin, C. (1994). Alcoholism and elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 9 (2), 184-193.

Aronson, J., Thornwell, C. et Williams, K. (1995). Wife assault in old age: Coming out of obscurity. *Canadian Journal on Aging*, 14 (2), 72-88.

Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux (ACTTS) (1995). *La violence faite aux personnes âgées dans les communautés ethnoculturelles : étude exploratoire et mesures d'intervention et de prévention suggérées*. Ottawa, ON : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (1992). *Lignes directrices sur la violence familiale à l'intention des infirmières*. Ottawa, ON : Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Baker, A. A. (1975). Granny battering. *Modern Geriatrics*, 5 (8), 20-24.

Baron, S. et Welty, A. (1996). Elder Abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 25 (1/2), 33-57.

Basu, R. (1992). *Mauvais traitement des personnes âgées : manuel pratique à l'intention des fournisseurs de services*. Toronto, ON : Association des travailleurs sociaux professionnels de l'Ontario.

Beaulieu, M. (1992). La formation en milieu de travail : L'expression d'un besoin des cadres en ce qui concerne les abus à l'endroit des personnes âgées en centre d'accueil. *Le Gérontophile*, 14 (3), 37.

Beaulieu, M. et Bélanger, L. (1995). Intervention dans les institutions de soins de longue durée concernant les mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées. Dans Association canadienne de gérontologie, *Mauvais traitement auprès des personnes âgées : stratégies de changement* (p. 49-64). Montréal, QC : Éditions Saint-Martin.

Beaulieu, M. et Tremblay, M. J. (1995). *Les mauvais traitement envers les personnes âînées en milieu institutionnel: document de travail rédigé à partir de documentation en langue française*. Ottawa, ON : Santé Canada.

Bélanger, L. (1981). *The Types of Violence the Elderly Are Victims Of: Results of a Survey Done with Personnel Working with the Elderly*. Document présenté à la 10e Réunion scientifique et éducative annuelle de l'Association canadienne de gérontologie. Toronto, Ontario.

Bendik, M. F. (1992). Reaching the breaking point: Dangers of mistreatment in elder caregiving situations. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4 (3), 39-59.

Bennett, G. (1990). Action on elder abuse in the 1990's: New definitions will help. *Geriatric Medicine*, 20 (4), 53-54.

Bennett, G. et Kingston, P. (1993). *Elder Abuse: Concepts, Theories and Interventions*. New York, NY : Chapman and Hall.

Bergin, B. (1995). *La violence faite aux personnes âgées dans les communautés ethnoculturelles: étude exploratoire et mesures d'intervention et de prévention suggérées*. Ottawa, ON : Association canadienne des travailleurs sociaux.

Biggs, S., Phillipson, C. et Kingston, P. (éds) (1995). *Elder Abuse in Perspective*. Buckingham, England : Open University Press.

Bland, R. C., Newman, S. C. et Orn, H. (1988). Prevalence of psychiatric disorder in the elderly in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 338, 57-63.

Block, M. R. et Sinnott, J. D. (1979). *The Battered Elder Syndrome: An Exploratory Study*. Washington, DC : U.S. Department of Health, Education and Welfare.

Bloom, J. S., Ansell, P. et Bloom, M. N. (1989). Detecting elder abuse: A guide for physicians. *Geriatrics*, 44, 40-44 et 56.

Blunt, A. P. (1991). Financial abuse of the elderly: A nightmare for client and lawyer alike. *Arizona Attorney*, 28 (4), 21-23.

Bond, J. B., Penner, R. et Yellen, P. (1995). Perceived effectiveness of legislation concerning abuse of the elderly: A survey of professionals in Canada and the United States. *Canadian Journal on Aging*, 14 (2), 118-134.

Braun, K., Lenzer, A., Schumacher-Mukai, C. et Snyder, P. (1993). A decision tree for managing elder abuse and neglect. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5 (3), 89-103.

Braun, K. L., Suzuki, K. M., Cusick, C. E. et Howard-Carhart, K. (1997). Developing and testing training materials on elder abuse and neglect for nurse aides. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 9 (1), 1-15.

Bravo, G., Girouard, D., Gosselin, S., Archambault, C. et Dubois, M. (1995). Further validation of the QUALCARE Scale. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 7 (4), 29-48.

Breckman, R. S. et Adelman, R. D. (1988). *Strategies for Helping Victims of Elder Mistreatment*. Newbury Park, CA : Sage Publications.

Brennan, P. L. et Moos, M. H. (1990). Physical design, social climate, and staff turnover in skilled nursing facilities. *Journal of Long Term Care Administration*, 18 (2), 22-27.

Bristowe, E. et Collins, J. B. (1989). Family mediated abuse of noninstitutionalized frail elderly men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1, 45-64.

British Columbia Seniors Advisory Council (1992). *A Delicate Balance: Assisting Elderly Victims of Abuse and Neglect*. Victoria, BC : British Columbia Seniors Advisory Council.

Browne, K. D. (1989). Family violence: Spouse and elder abuse. Dans K. Howells et C. R. Hollin (éds), *Clinical Approaches to Violence* (pp. 119-154). London, England : John Wiley & Sons.

Burston, G. R. (1975). Granny-battering [letter]. *British Medical Journal*, 6, 592.

Cabness, J. (1989). The emergency shelter: A model for building the self-esteem of abused elders. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1 (2), 71-82.

Callahan, J. J. jr. (1988). Elder abuse: Some questions for policymakers. *The Gerontologist*, 28, 453-458.

Carbonell, B. (1992). A harvest yet to reap: A report of elder abuse legislation in Canada [manuscrit inédit]. Legal Research Institute, Faculty of Law, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba.

Cassell, E. (1989). Abuse of the elderly: Misuses of power. *New York State Journal of Medicine*, 89 (3), 159-162.

Chapman, C. (1994). *Learning from Service Providers Working with Abused Seniors*. Document rédigé dans le cadre du Elder Abuse Community Development Project, North Shore Community Services. North Vancouver, British Columbia.

Chappell, N. (mars 1993). Research study group on elder abuse: Final report [manuscrit inédit]. University of Victoria, Centre on Aging, Victoria, Colombie-Britannique.

Chappell, N. L. et Novack, M. (1992). The role of support in alleviating stress among nursing assistants. *The Gerontologist*, 32 (3), 351-359.

Chen, P.N., Bell, S. et al (1981). Elderly abuse in domestic settings: A pilot study. *Journal of Gerontological Social Work*, 4, 3-17.

Coalition « Vieillir sans violence » (1991). *Mémoire présenté au groupe d'experts sur les personnes aînées du Québec*. Montréal, QC : Coalition « Vieillir sans violence ».

Coleman, V. (1994). Lesbian battering: The relationship between personality and the perpetration of violence. *Violence and Victims*, 9 (2), 139-152.

College of Nurses of Ontario (1993). *Abuse of Clients by Registered Nurses and Registered Nursing Assistants: Report to Council on Results of Canada Health Monitor Survey of Registrants*, 1-11.

Compton, S. A., Flanagan, P. et Gregg, W. (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: Prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 632-635.

Conseil consultatif de l'Ontario sur l'âge d'or (1985). *Report on Survey of Elder Abuse in the Community*. Toronto, ON : Conseil consultatif de l'Ontario sur l'âge d'or.

Conseil de l'Europe (1992). *Violence Against Elderly People*. Rapport rédigé par le Comité directeur sur la politique sociale du Conseil de l'Europe. Strasbourg, France.

Conseil sur le vieillissement (1988). *Enhancing Awareness of Elder Abuse: Three Education Models*. Ottawa, ON : Conseil sur le vieillissement d'Ottawa-Carleton.

Cooney, C. et Mortimer, A. (1995). Elder abuse and dementia: A pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 41 (4), 276-283.

Coughlan, S., Downe-Warneboldt, B., Elgie, R., Harbison, J., Melanson, P. M. et Morrow, M. (1995). *Mistreating Elderly People: Questioning the Legal Response to Elder Abuse and Neglect* (Volume Two: Legal Responses to Elder Abuse and Neglect). Halifax, NS : Dalhousie University.

Coyne, A. C. (1991). The relationship between cognitive impairment and elder abuse. *Findings of Five Elder Abuse Studies*. Washington, DC : National Aging Resource Centre on Elder Abuse, 3-20.

Coyne, A. C., Reichman, W. E. et Berbig, L. J. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150 (4), 643-646.

Crystal, S. (1987). Elder abuse: The latest "crisis." *Public Interest*, 88, 56-66.

Decalmer, P. et Glendenning, F. (éds) (1993). *The Mistreatment of Elderly People*. Newbury Park, CA : Sage Publications.

Decalmer, P. et Marriott, A. (1993). The multidisciplinary assessment of clients and patients. Dans P. Decalmer et F. Glendenning (éds), *The Mistreatment of Elderly People* (pp. 117-135). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Douglass, R. L. (1991). Researching 30 million people to prevent abuse and neglect of the elderly: AARP's strategy for public self-education. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3 (4), 73-85.

Douglass, R. L., Hickey, T., et Noel, C. (1980). A Study of Maltreatment of the Elderly and Other Vulnerable Adults [manuscrit inédit]. University of Michigan Institute of Gerontology, Ann Arbor, MI.

Dunn, J. L. (1992). Elder abuse in reserve communities in the province of Ontario. *The Aboriginal Nurse*, 7 (2), 7-19.

Dunn, P. F. (1995). Elder abuse as an innovation to Australia: A critical Overview. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 6 (3/4), 13-20.

Eckley, S. C. A. et Vilakazi, P. A. C. (1995). Elder Abuse in South Africa. Dans J. I. Kosberg et J. L. Garcia (éds), *Elder Abuse: International and Cross-Cultural Perspectives* (pp. 171-182). New York, NY : The Haworth Press.

Feldt, K. et Ryden, M. (1992). Aggressive behaviour: Education nursing assistants. *Journal of Gerontological Nursing*, 18, 3-12.

Filinson, R. (1989). Introduction. Dans R. Filison & S. R. Ingman (éds), *Elder Abuse: Practice and Policy* (pp. 17-34). New York, NY: Human Sciences Press, Inc.

Filinson, R. (1993). An evaluation of a program of volunteer advocates for elder abuse victims. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5 (1), 77-93.

Filinson, R. et Ingram, S. R. (éds) (1989). *Elder Abuse: Practice and Policy*. New York, NY : Human Sciences Press, Inc.

Finkelhor, D. et Pillemer, K. (1984). *Elder Abuse: Its Relationship to Other Forms of Domestic Violence*. Document présenté à la Second National Conference on Family Violence Research, Durham, NH.

Fulmer, T. T. (1989). Mistreatment of elders: Assessment, diagnosis, and intervention. *The Nursing Clinics of North America*, 24 (3), 707-716.

Fulmer, T. T. et O'Malley, T. A. (1987). *Inadequate Care of the Elderly: A Health Care Perspective on Abuse and Neglect*. New York, NY : Springer.

Fulmer, T., McMahon, D., Baer-Hines, M. et Forget, B. (1992). Abuse, neglect, abandonment, and exploitation: An analysis of all elderly patients seen in one emergency department during a six month period. *Journal of Emergency Nursing*, 18 (6), 505-510.

G. A. Frecker Association on Gerontology (1983). *Summary Report on Aging and Victimization Including 1983 St. John's Survey Results*. St. John's, TN : Memorial University of Newfoundland Extension Service.

Galan D. H. et Mayer L. L. (1992). *Elder Abuse and the Dentists' Awareness and Knowledge of the Problem*. Winnipeg, MB : University of Manitoba, Faculty of Dentistry.

Gallagher, E. T., Andersen, B. et Chamberlin, E. L. (1993). *Victoria Elder Abuse Project: Final Report*. Victoria: British Columbia Health Research Foundation.

Gebotys, R. L., O'Connor, D. et Mair, K. J. (1992). Public perceptions of elder mistreatment. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4, 151-171.

Gelles, R. J. et Loseke, D. R. (éds). (1993). *Current Controversies on Family Violence*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Gilleard, C. (1994). Physical abuse in homes and hospitals. Dans M. Eastman (éd.), *Old Age Abuse: A New Perspective*. 2^e éd. (pp. 93-112). London, England : Chapman and Hall.

Glendenning, F. (1993). What is elder abuse and neglect? Dans P. Decalmer et F. Glendenning (éds), *The Mistreatment of Elderly People* (pp. 1-34). Newbury Park, CA : Sage Publications.

Glendenning, F. et Decalmer, P. (1993). Looking to the future. Dans P. Decalmer et F. Glendenning (éds), *The Mistreatment of Elderly People* (pp. 159-168). Newbury Park, CA : Sage Publications.

Gnaedinger, N. J. (1989). *Les mauvais traitements infligés aux personnes âgées*. Ottawa, ON : Santé et Bien-être social Canada.

Godkin, M. A., Wolf, R. S. et Pillemer, K. A. (1989). A case-comparison analysis of elder abuse and neglect. *International Journal of Aging and Human Development*, 28 (3), 207-225.

Goodwill, D. W. (1992). Police services and the elderly. *Law and Order*, 68-71.

Gordon, R. M. (1992). Material abuse and powers of attorney in Canada: A preliminary examination. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4 (1/2), 173-193.

Gordon, R. M. (1995). Adult guardianship and adult protection legislation in Canada: Recent reforms and future problems. *Canadian Journal on Aging*, 4 (2), 89-102.

Gordon, R. M. et Verdun-Jones, S. N. (1992). *Adult Guardianship Law in Canada*. Toronto, ON : Carswell-Thomson Canada Limited.

Gordon, R. M., Verdun-Jones, S. N. et Macdougall, D. J. (1986). *Standing in their shoes: Guardianship, trusteeship and the elderly Canadian*. Burnaby, BC : Simon Fraser University, Criminology Research Centre.

Grafstrom, M., Nordberg, A. et Winblad, B. (1993). Abuse is in the eye of the beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 21 (4), 247-255.

Grandmaison, A. (1988). *Protection des personnes âgées : Étude exploratoire de la violence à l'égard de la clientèle des personnes âgées*. Montréal, QC : Centre de Services Sociaux du Montréal Métropolitain (CSSMM).

Greenberg, J. R., McKibben, M., & Raymond, J. A. (1990). Dependent adult children and elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2, 73-86.

Greene, B. et Anderson E. (1993). *Rompre le silence sur les mauvais traitements infligés aux Canadiens âgés, la responsabilité de tous*. Ottawa, ON : Rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine.

Grier, S. (1989). *Family Violence: A Report on Its Impact on the Peigan Community*. Brocket, AB : Peigan Band.

Griffin, L. W. (1994). Elder maltreatment among rural African-Americans. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 6 (1), 1-27.

Griffin, L. W. et Williams, O. J. (1992). Abuse among African-American elderly. *Journal of Family Violence*, 7 (1), 19-35.

Groupe Conseil ARA Inc. (1994). *Les personnes âgées et la violence dont elles sont victimes : de la participation à la responsabilisation*. Ottawa, ON : Santé Canada.

Groupe Conseil ARA Inc. (1991). *Un examen des initiatives communautaires et gouvernementales de lutte contre le mauvais traitement des personnes âgées en Ontario*. Toronto, ON : Ministère des affaires civiques.

Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique (1994). *Periodic health examination 1994 update: 4. Secondary prevention of elder abuse and mistreatment*. *Canadian Medical Association Journal*, 151, 1413-1420.

Halamandris, V. J. (1986). Physical and financial abuse of the elderly. *Caring (National Association for Home Care Magazine)*, 5 (1), 36-44.

Haley, R.C. (1984). *Elder abuse/neglect*. Halifax, NS : Department of Social Services.

Hall, P.A. (1987). Minority elder maltreatment: Ethnicity, gender, age and poverty. *Journal of Gerontological Social Work (Special Issue on Ethnicity and Gerontological Social Work)*, 9 (4), 53-72.

Harbison, J., Coughlan, S., Downe-Warneboldt, B., Elgie, R., Melanson, P. M. et Morrow, M. (1995b). *Mistreating Elderly People: Questioning the Legal Response to Elder Abuse and Neglect*. Volume One: Societal Frameworks and Responses to Elder Abuse and Neglect. Halifax, NS : Dalhousie University.

Harbison, J., Coughlan, S., Downe-Warneboldt, B., Elgie, R., Melanson, P. M. et Morrow, M. (1995a). *Mistreating Elderly People: Questioning the Legal Response to Elder Abuse and Neglect* (Summary Document). Halifax, NS: Dalhousie University.

Havilland, S. et O'Brien, J. (1989). Physical abuse and neglect of the elderly: Assessment and intervention. *Orthopaedic Nursing*, 8, 11-19.

Hickey, T. et Douglass, R. L. (1981). Mistreatment of the elderly in the domestic setting: An exploratory study. *American Journal of Public Health*, 71 (5), 500-507.

Hocking, E. (1994). Caring for carers: Understanding the process that leads to abuse. Dans M. Eastman (éd.), *Old Age Abuse. A New Perspective*. 2nd ed. (pp.51-63) London, England : Chapman and Hall.

Hoff, L. A. (1994). *Les questions relatives à la violence : un guide de formation interdisciplinaire à l'intention des professionnelles et professionnels de la santé*. Ottawa, ON : Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Santé Canada.

Holland, L. R., Kasraian, K. et Leonadelli, C. (1987). Elder abuse: An analysis of the current problem and potential role of the rehabilitation professional. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 5 (3), 41-50.

Holt, M. G. (1993). Elder sexual abuse in Britain: Preliminary findings. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5 (2), 63-71.

Holtzman, J. M. et Bromberg, T. (1991). A national survey of dentists' awareness of elder abuse and neglect. *Special Care in Dentistry*, 11 (1), 7-11.

Homer, A. C. et Gilleard, C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 301 (6755), 1359-1362.

Hotaling, G. et Sugarman, D. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. *Violence and Victims*, 1 (2), 101-124.

Hudson, J. E. (1988). Elder abuse: An overview. Dans B. Schlesinger et R. Schlesinger (éds), *Abuse of the Elderly: Issues and Annotated Bibliography* (pp.12-31). Toronto, ON : University of Toronto Press.

Hudson, M. F. (1991). Elder mistreatment: A taxonomy with definitions by Delphi. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3 (2), 1-20.

Hudson, M. F. (1994). Elder abuse: Its meaning to middle aged and older adults. Part II: Pilot results. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 6 (1), 55-81.

Hugonot, R. (1990). Abus et violences contre les personnes âgées (Abuse and violence against the elderly). *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 174 (6), 813-821.

Hwalek, M. (1989). Proper documentation: A key topic in training programs for elder abuse workers. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1 (3) 17-30.

Hwalek, M., Williamson, D. et Stahl, C. (1991). Community based m-team roles: A job analysis. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3 (3), 45-71.

Jack, R. (1994). Dependence, power and violation: Gender issues in abuse of elderly people by formal carers. Dans M. Eastman (éd.), *Old Age Abuse. A New Perspective*. 2nd ed. (pp. 77-92). London, England : Chapman and Hall.

Johns, S. et Hydle, I. (1995). Norway: Weakness in Welfare. Dans J. I. Kosberg et J. L. Garcia (éds), *Elder Abuse: International and Cross-Cultural Perspectives* (pp. 139-156). New York, NY : Haworth Press.

Johns, S., Hydle, I. et Aschjem, Ø. (1991). The act of abuse: A two-headed monster of injury and offense. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3 (1), 53-64.

Johnson, I. M. (1995). Family members' perceptions of and attitudes toward elder abuse. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 76 (4), 220-229.

Johnson, T. F. (1986). Critical issues in the definition of elder mistreatment. Dans K. Pillemer et R. Wolf (éds), *Elder Abuse: Conflict in the Family* (pp. 167-196). Dover, MA : Auburn House Publishing Company.

Johnson, T. F. (1991). *Elder Mistreatment: Deciding Who Is at Risk*. Westport, CT : Greenwood Press.

Jorgensen, J. E. (1992). Dentists' social responsibility to diagnose abuse. *Special Care in Dentistry*, 12 (3), 112-115.

Kahana, E. et Young, R. (1990). Clarifying the caregiving paradigm: Challenges for the Future. Dans D. E. Biegel et A. Blum (éds), *Aging and Caregiving: Theory, Research and Policy* (pp. 204-210). Newbury Park, CA : Sage Publications.

Katz, S. (1996). *Disciplining Old Age: The Formation of Gerontological Knowledge*. Charlottesville, VA : University Press of Virginia.

Kelly, M. A., Grace, E. G. et Wisnom, C. (1992). Abuse of older people: Detection and prevention by dental professionals. *General Dentistry*, 40 (1), 30-33.

King, N. R. (1984). Exploitation and abuse of older family members: An overview of the problem. Dans J. J. Costa (éd.), *Abuse of the Elderly: A Guide to Resources and Services* (pp. 3-12). Lexington, MA : Lexington Books.

Kingdom, D. (1992). Preventing aggression. *Canadian Nursing Home*, 3 (2), 14-16.

Kivelä, S. L. (1995). Elder abuse in Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 6 (3/4), 31-44.

Knight, B. (1994). Homicide in elderly couples. Dans M. Eastman (éd.), *Old Age Abuse: A New Perspective*. 2nd ed. (pp. 51-66). London, England : Chapman and Hall.

Korbin, J. E., Anetzberger, G., Thomason, R. et Austin, C. (1991). Abused elders who seek legal recourse against their adult offspring: Findings from an exploratory study. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3 (3), 1-18.

Kosberg, J. (1988). Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions. *The Gerontologist*, 28 (1), 43-50.

Kosberg, J. I. et Garcia, J. L. (1995b). Common and unique themes on elder abuse from a world-wide perspective. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 6 (3/4), 183-197.

Kosberg, J. I. et Garcia, J. L. (1995a). *Elder Abuse: International and Cross-Cultural Perspectives*. New York, NY : The Haworth Press.

Kozak, J. F. (1994). Difficulties in addressing abuse and neglect in elderly patients. *Canadian Medical Association Journal*, 151 (10), 1401-1403.

Kozma, A. et Stones, M. J. (1995). Enjeux reliés à la mesure des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées. Dans Association canadienne de gérontologie, *Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement*, (pp. 159-174). Montréal, QC : Éditions Saint-Martin.

Kurral, S. E., Sadler, P. M. et Cameron, I. D. (1992). Patterns of elder abuse. *The Medical Journal of Australia*, 157 (10), 673-676.

Kurral, S. E., Sadler, P. M., Lockwood, K. et Cameron, I. D. (1997). Elder abuse: Prevalence, intervention and outcomes in patients referred to four aged care assessment teams. *The Medical Journal of Australia*, 166 (3), 119-122.

Kwan, A. Y. (1995). Elder abuse in Hong Kong: A new family program for the old east? *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 6 (3/4), 65-80.

Lachs, M. S. (1995). Preaching to the unconverted: Educating physicians about elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 7 (4), 1-12.

Lachs, M., Berkman, L., Fulmer, T. et Horwitz, R. (1994). A prospective community based pilot study of risk factors for the investigation of elder mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42 (2), 169-173.

Lau, E. et Kosberg, J. L. (1979). Abuse of the elderly by informal care providers. *Aging*, 299, 11-15.

La Voix, le Réseau canadien des aîné(e)s (1995). *Plan d'action national en vue de réduire le mauvais traitement des aîné(e)s au Canada*. Ottawa, ON : La Voix, le Réseau canadien des aîné(e)s.

Ledbetter, Hancock, B. (1990). *Social Work with Older People*. 2nd ed. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

Letellier, R. (1994). Gay and bisexual male domestic violence victimization: Challenges to feminist theory and responses to violence. *Violence and Victims*, 9 (2), 95-106.

Longres, J. F. (1992). Race and type of maltreatment in an elder abuse system. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4 (3), 61-83.

MacKenzie, J. A. et Senechal, D. (1991). *First Provincial Seniors Elder Abuse Conference: Final Report and Recommendations*. Halifax, NS : Senior Citizen's Secretariat.

Maxwell, E. K. et Maxwell, R. J. (1992). Insults of the body civil: Mistreatment of elderly in two Plain Indian Tribes. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 7 (1), 3-23.

McDaniel, S. A. et Gee, E. M. (1993). Social policies regarding caregiving to elders: Canadian contradictions. *Journal of Aging and Social Policy*, 5 (1/2), 57-72.

McDonald, L. (1996). Abuse and neglect of elders. Dans J. E. Birren (éd.), *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging, and the Aged*. Volume 1 (pp. 1-10). San Diego, CA : Academic Press.

McDonald, P., Pittaway, E. et Nahmias, D. (1995). Considérations touchant la pratique dans les cas de mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées. Dans Association canadienne de gérontologie, *Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement*, (pp. 21-36). Montréal, QC : Éditions Saint-Martin.

McDonald, L. et Wigdor, B. (1995). Taking stock: Elder abuse research in Canada. Editorial. *Canadian Journal on Aging*, 14 (2), 1-6.

McDonald, P. L., Hornick, J. P., Robertson, G. B. et Wallace, J. E. (1991). *Elder Abuse and Neglect in Canada*. Toronto, ON : Butterworths.

McDowell, J. P. (1990). Elder abuse: The presenting signs and symptoms in the dental practice. *Texas Dental Journal*, 107 (2), 29-32, 40.

McGregor, A. (1995). *The abuse and neglect of older adults: An education module for community nurses*. Gloucester, ON : Infirmières de l'Ordre de Victoria, Ottawa-Carleton.

McKenzie, P. (1993). Beyond fiduciary duty: Abuse and neglect of the elderly. *Scrivener*, 2 (3), 116–117.

McKenzie, P., Tod L. et Yellen, P. (1995). Stratégies communautaires d'intervention dans les cas de mauvais traitements et de négligence : une comparaison des modèles, des philosophies et des considérations touchant la pratique. Dans Association canadienne de gérontologie, *Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement*, (pp. 37–69). Montréal, QC : Éditions Saint-Martin.

Meddaugh, D. I. (1993). Covert elder abuse in the nursing home. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5 (3), 21–37.

Mendonca, J. D., Velamoor, V. R. et Sauve, D. (1996). Key features of maltreatment of the infirm elderly in home settings. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41 (2), 107–113.

Mickish, J. E. (1993). Abuse and neglect: The adult and elder. Dans B. Byers et J. E. Hendricks (éds), *Adult Protective Services* (pp. 33–60). Springfield, IL : Charles C. Thomas.

Middleton, J. et Forbes, E. (1993). Elder abuse! Nurse abuse! Whose problem is this anyway? *Canadian Nursing Home*, 4 (3), 14–17.

Miller, S. L. (1994). Expanding the boundaries: Toward a more inclusive and integrated study of intimate violence. *Violence and Victims*, 9 (2), 183–194.

Ministère des Affaires civiques, Office des personnes âgées (1991). *Un examen des initiatives communautaires et gouvernementales de lutte contre le mauvais traitement des personnes âgées en Ontario*. Toronto, ON : Office des personnes âgées.

Moon, A. et Williams, O. (1993). Perceptions of elder abuse and help-seeking patterns among African-American, Caucasian American and Korean-American elderly women. *The Gerontologist*, 33 (3), 386–395.

Mulligan, S. (1990). *Guide pour la prévention de la violence familiale*. Ottawa, ON : Santé et Bien-être social Canada.

Nandlal, J. et Wood, L. (1997). Older people's understanding of verbal abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 9 (1), 17–31.

National Centre on Elder Abuse (1998). *What Is Elder Abuse: What Are The Major Types of Elder Abuse?* http://www.interinc.com/NCEA/Elder_Abuse/main.html

Neale, A. V., Hwalek, M., Scott, R., Sengstock, M.C. et Stahl, C. (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Journal of Applied Gerontology*, 10 (4), 406–418.

Neysmith, S. M. (1995). Le pouvoir dans les relations de confiance : une analyse féministe des services faits aux aînés. Dans Association canadienne de gérontologie, *Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement*, (pp. 67–82). Montréal, QC : Éditions Saint-Martin.

Njeri, M. et Nerenberg, L. (1993). We are family: Outreach to African American seniors. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5 (4), 5–19.

Nolan, M. (1993). Carer-dependant relationships and the prevention of elder abuse. Dans P. Decalmer et F. Glendenning (éds), *The Mistreatment of Elderly People* (pp. 148–158). London, England : Sage Publications.

Noone, J. F., Decalmer, P. et Glendenning, F. (1993). The general practitioner and elder abuse. In P. Decalmer et F. Glendenning (éds), *The Mistreatment of Elderly People* (pp. 136–147). London, England : Sage Publications.

Ogg, J. et Bennett, G. (1992). Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 305, 998–999.

Ogg, J. et Munn-Giddings, C. (1993). Researching elder abuse. *Ageing and Society*, 13, 389–413.

O'Malley, T. A., Everett, D. E., O'Malley, H. C. et Campion, E. W. (1983). Identifying and preventing family mediated abuse and neglect of elderly persons. *Annals of International Medicine*, 98, 998–1005.

O'Malley, T. A., Segal, H. D. et Perez, R. (1979). *Elder Abuse in Massachusetts: A Survey of Professionals and Paraprofessionals*. Boston, MA : Legal Research and Services for the Elderly.

Parmelee, P. A., Katz, I. R. et Lawton, M. P. (1989). Depression among institutionalized aged: Assessment and prevalence estimation. *Journal of Gerontology*, 44, 22–29.

Paton, R. N., Huber, R. et Netting, F. (1994). The long-term care ombudsman program and complaints of abuse and neglect: What have we learned? *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 6 (1), 97–115.

Paveza, G. J., Cohen, D., Eisner, C., Freels, S., Semla, T., Ashford, W. J., Gorelick, P., Hirschman, R., Luchins, D. et Levy, P. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 32 (4), 493–497.

Pay, D. S. (1993). *Ask the Question: A Resource Manual on Elder Abuse for Health Care Personnel*. Vancouver, BC : British Columbia Institute on Family Violence.

Payne, B. K. et Cikovic, R. (1995). An empirical examination of the characteristics, consequences and causes of elder abuse in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 7 (4), 61–74.

Phillips, L. R. (1986). Theoretical explanations of elder abuse: Competing hypotheses and unresolved issues. Dans K. A. Pillemer et R. S. Wolf (éds), *Elder Abuse: Conflict in the Family* (pp.197-217). Dover, MA : Auburn House Publishing Co.

Phillips, L. R., Morrison, E. F. et Chae, M. C. (1990). The QUALCARE Scale: Testing of a measurement instrument for clinical practice. *International Journal of Nursing Studies*, 27 (1), 77-91.

Phillipson, C. (1993). Abuse of older people: Sociological perspectives. Dans P. Decalmer et F. Glendenning (éds), *The Mistreatment of Elderly People* (pp.76-87) London, England : Sage Publications.

Pillemer, K. (1993). The abused offspring are dependent: Abuse is caused by the deviance and dependence of abusive caregivers. Dans R. J. Gelles et D. R. Loseke (éds), *Current Controversies on Family Violence* (pp. 237-249). Newbury Park, CA : Sage Publications.

Pillemer, K. A. (1986). Risk factors in elder abuse: Results from a case control study. Dans K. A. Pillemer et R. S. Wolf (éds), *Elder Abuse: Conflict in the Family* (pp.239-263). Dover, MA : Auburn House Publishing Co.

Pillemer, K. et Bachman-Prehn, R. (1991). Helping and hurting: Predictors of maltreatment of patients in nursing homes. *Research on Aging*, 13 (1), 74-95.

Pillemer, K. et Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 28 (1), 51-57.

Pillemer, K. et Moore, D. W. (1989). Abuse of patients in nursing homes. Findings from a survey of staff. *The Gerontologist*, 29 (3), 321-327.

Pillemer, K. et Moore, D. W. (1990). Highlights from a study of abuse patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2 (1/2), 5-29.

Pillemer, K. et Suitor, J. (1992). Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? *Journal of gerontology*, 47 (4), 165-172.

Pillemer, K. A. et Wolf, R. S. (éds). (1986). *Elder Abuse: Conflict in the Family*. Dover, MA : Auburn House Publishing Co.

Pittaway, E. et Gallagher, E. M. (1995a). *Services for Abused Older Canadians*. Victoria, BC : British Columbia Office for Seniors.

Pittaway, E. et Gallagher, E. M. (1995b). *A Guide to Enhancing Services for Abused Older Canadians*. Victoria, BC : British Columbia Office for Seniors.

Pittaway, E. D. et Westhues, A. (1993). The prevalence of elder abuse and neglect of older adults who access health and social services in London, Ontario, Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5 (4), 77-93.

Podnieks, E. (1985). Elder abuse: It's time we did something about it. *The Canadian Nurse*, 81 (11), 36-39.

Podnieks, E. (1988). Définitions, facteurs et profils. *Vis-à-vis*, 6 (3) 4,8.

Podnieks, E. (1990). *Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada*. Ryerson Polytechnical Institute. Ottawa, ON : Santé et Bien-être social Canada.

Podnieks, E. (1992). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4 (1/2), 5-58.

Podnieks, E. et Baillie, E. (1995). La formation et l'éducation comme moyens de prévenir les mauvais traitements et la négligence à l'endroit des personnes âgées. Dans Association canadienne de gérontologie, *Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement*, (p. 113-130). Montréal, QC : Éditions Saint-Martin.

Podnieks, E., Pillemer, K., Nicholson, J. P., Shillington, T. et Frizzell, A. F. (1990). *A National Survey on Abuse of the Elderly in Canada*. Toronto, ON : Ryerson Polytechnical Institute.

Poirier, D. (1992). The power of social workers in the creation and application of elder protection statutory norms in New Brunswick and Nova Scotia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4 (1/2), 113-133.

Quinn, M. J. et Tomita, S. K. (1986). *Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnosis and Intervention Strategies*. New York, NY : Springer.

Ramsey-Klawsnik, H. (1991). Elder sexual abuse: Preliminary findings. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3 (3), 73-90.

Rathbone-McCuan, E. (1980). Elderly victims of family violence and neglect. *Social Casework*, 61 (5), 296-304.

Rathbone-McCuan, E. et Voyles, B. (1982). Case detection of abused elderly parents. *American Journal of Psychiatry*, 139 (2), 189-192.

Reis, M. et Nahmias, D. (1995a). *Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées : un manuel d'intervention*. Québec, QC : Presses de l'Université Laval.

Reis, M. et Nahmias, D. (1995b). Validation of the caregiver abuse screen (CASE). *Canadian Journal on Aging*, 14 (2), 45-60.

Reis, M., Nahmias, D. et Schrier, R. (octobre 1993). « A Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE): Its Validity and Use ». Document présenté à la 22^e Réunion scientifique et éducative annuelle de l'Association canadienne de gérontologie, Montréal, QC.

Renzetti, C. M. (1994). On dancing with a bear: Reflections on some of the current debates among domestic violence theorists. *Violence and Victims*, 9 (2), 195-200.

Robertson, G. B. (1995). Les approches juridiques canadiennes face aux mauvais traitements et à la négligence à l'endroit des aînés. Dans Association canadienne de gérontologie, *Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement*, (p. 83–90). Montréal, QC : Éditions Saint-Martin.

Roche, T. et Doumkou, A. (1990). *Seniors' Needs Assessment*. London, ON : Innercommunity Health Centre.

Roeher Institute (1995). *Harm's Way: The Many Faces of Violence and Abuse Against People with Disabilities in Canada*. North York, ON : Roeher Institute.

Rosenthal, C. J. (1994). Long-term care reform and « family » care: A worrisome combination (éditorial). *Canadian Journal on Aging*, 13 (4) 419–422.

Rowe, J., Davies, K., Baburaj, V. et Sinha, R. (1993). F.A.D.E. A.W.A.Y. The financial affairs of dementing elders and who is the attorney? *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5 (2), 73–79.

Sanchez, Y. M. (1996). Distinguishing cultural expectations in assessment of financial exploitation. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 8 (2), 49–59.

Santé Canada (1997). *Adults with Vulnerability: Addressing Abuse and Neglect*. Toronto, ON : Santé Canada.

Santé et Bien-être social Canada (1992). *Une responsabilité à partager : aperçu des programmes canadiens concernant les mauvais traitements infligés aux aînés*. (Cat. H88-3/12-1991F). Ottawa, ON : Santé et Bien-être social Canada.

Santé et Bien-être social Canada (1993). *Sensibilisation et réaction de la collectivité : violence et négligence à l'égard des aînés*. Ottawa, ON : Santé et Bien-être social Canada.

Schmidt, W. C. (1993). Accountability of lawyers in serving vulnerable, elderly clients. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5 (3), 39–50.

Schlesinger, B. et Schlesinger, R. (éds). (1988). *Abuse of the Elderly: Issues and Annotated Bibliography*. Toronto, ON : University of Toronto Press.

Scogin, F., Stephens, G., Bynum, J., Baumhover, L., Beall, C. et Grote, N. P. (1992). Emotional correlates of caregiving. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4 (4), 59–69.

Sengstock, M. C. et Hwalek, M. A. (1986). *The Sengstock-Hwalek Comprehensive Index of Elder Abuse*. 2nd ed. Detroit, MI : SPEC Associates.

Sengstock, M. et Hwalek, M. (1987). A review and analysis of measures for the identification of elder abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 10 (3/4), 21–37.

Sengstock, M. C., Hwalek, M. et Moshier, S. (1986). A comprehensive index for assessing abuse and neglect of the elderly. Dans M. W. Galbraith (éd.) *Elder Abuse: Perspectives on an Emerging Crisis* (Convergence in Aging). Vol. 3. (pp. 41–64) Kansas City, KS : Mid-America Congress on Aging.

Sengstock, M. C. et Liang, J. (1983). Domestic abuse of the aged: Assessing some dimensions of the problem. *Interdisciplinary Topics in Gerontology*, 17, 58–68.

Shah, G., Veedon, R. et Vasi, S. (1995). Elder abuse in India. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 6 (3/4), 101–118.

Shell, D. (1982). *Protection des personnes âgées : étude sur les personnes âgées maltraitées*. Winnipeg, MB : L'Association de gérontologie du Manitoba.

Smelters, D. (1991). *SEVNA Information Package on Elder Abuse*. Toronto, ON : Saint Elizabeth Visiting Nurses Association of Ontario.

Smelters, D. (1993). Addressing elder abuse: The SEVNA model. *Perspectives*, 17 (1), 7–10.

Sobsey, D. (1994). An integrated ecological model of abuse. In *Violence and Abuse in the Lives of People with Disabilities* (pp. 145–175). Baltimore, MD : Paul H. Brooks Publishing Co.

Spencer, C. et Beaulieu, M. (1994). *Les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées en milieu institutionnel*: Document de travail rédigé à partir de documentation en langue anglaise. Ottawa, ON : Santé Canada.

Spencer, C. (1994). *Les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées en milieu institutionnel : bibliographie commentée*. Ottawa : Santé Canada.

Spencer, C. (1995). New directions for research on interventions with abused older adults. Dans M. MacLean (éd.), *Abuse and Neglect of Older Canadians: Strategies for Change* (pp. 143–155). Toronto, ON : Thompson Educational Publishing Inc.

Spencer, C. (1996). *Diminishing Returns* (An Examination of Financial Responsibility, Decision-making, and Financial Abuse Among Older Adults). Vancouver, BC : Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.

Sprey, J. et Matthews, S. H. (1989). The perils of drawing policy implications from research: The case of elder mistreatment. Dans R. Filinson et S. R. Ingman (éds), *Elder Abuse: Practice and Policy* (pp. 51–61). New York, NY : Human Sciences Press.

Stein, K. F. (1991). A national agenda for elder abuse and neglect research: Issues and recommendations. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3 (3), 91–108.

Steinmetz, S. (1988). *Duty Bound: Elder Abuse and Family Care*. Newbury Park, CA : Sage Publications.

Steinmetz, S. (1993). The abused elderly are dependent: Abuse is caused by the perception of stress associated with providing care. Dans R. J. Gelles et D. R. Loske (éds), *Current Controversies on Family Violence* (pp. 222-236). Newbury Park, CA : Sage Publications.

Stevenson, C. (1985). *Family Abuse of the Elderly in Alberta*. Edmonton, AB : Alberta Social Services and Community Health.

Stilwell, E. M. (1991). Nurses' education related to the use of restraints. *Journal of Gerontological Nursing*, 17 (2), 23-26.

Stones, M. J. (1995). Portée et définition des mauvais traitements et de la négligence à l'endroit des personnes âgées au Canada. Dans Association canadienne de gérontologie, *Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement* (pp. 151-158). Montréal, QC : Éditions Saint-Martin.

Stones, M. et Pittman, D. (1995). Individual differences in attitudes about elder abuse: The Elder Abuse Attitude Test (EAAT). *Canadian Journal on Aging*, 14 (2), 61-71.

Sweeney, V. (1995). *Report on Needs Assessment for Senior Women as Victims of Violence*. Kentville, NS : Gerontology Association of Nova Scotia Valley Region.

Tindale, J. A. (1994). *Intergenerational Conflict and the Prevention of Abuse Against Older Persons*. Ottawa, ON : Santé Canada.

Tomita, S. (1994). The consideration of cultural factors in the research of elder mistreatment with an in-depth look at the Japanese. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 9, 39-52.

Vancouver Elder Abuse Network (février 1994). *Vancouver Elder Abuse Network Forum Proceedings*. Seniors Well Aware Program, Vancouver, BC.

VanderMeer, J. L. (1992). Elder abuse and the community health nurse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4 (4), 27-45.

Vaughn, M. (1993). *Family Resource Materials for the Dental Community: An Annotated Bibliography*. Canadian Dental Association. Ottawa, ON : Santé Canada.

Vinton, L. (1991). Factors associated with refusing services among maltreated elderly. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3 (2), 89-103.

Wallace, H. (1996). *Family Violence: Legal, Medical, and Social Perspectives*. Boston, MA : Allyn and Bacon.

Wasylkewycz, M. N. (1993). The elder abuse resource centre, a coordinated community response to elder abuse: One Canadian perspective. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5 (4), 21-33.

Watson, A. E., Patterson, C., Maciboric-Sohor, S., Grek, A. et Greenslade, L. (1995). Politiques relatives aux mauvais traitements et à la négligence à l'endroit des Canadiens âgés en institution. Dans Association canadienne de gérontologie, *Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement*, (p. 91–110). Montréal, QC : Éditions Saint-Martin.

Whall, A. L., Gillis, G. L., Yankou, D., Booth, D. E. et Beel-Bates, C. A. (1992). Disruptive behavior in elderly nursing home residents: A survey of nursing staff. *Journal of Gerontological Nursing*, 18 (19), 13–17.

Wierucka, D. et Goodridge, D. (1996). Vulnerable in a safe place: Institutional elder abuse. *Canadian Journal ONA* (sept.–oct.), 82–104.

Wigdor, B. T. (1991). *La violence faire aux aîné-e-s : une perspective nationale*. Conseil consultatif national sur le troisième âge. Ottawa, ON : Approvisionnements et Services Canada.

Wolf, R. (1997). Elder abuse and Neglect: Causes and Consequences. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 30 (1), 153–174.

Wolf, R. S. (1986). Major findings from three model projects on elderly abuse. Dans K. Pillemer et R. S. Wolf (éds), *Elder Abuse: Conflict in the Family* (pp. 218–238). Dover, MA : Auburn House Publishing Co.

Wolf, R. S. (1988). Elder abuse: Ten years later. *Journal of the American Geriatric Society*, 36, 758–762.

Wolf, R. S. (1992). Victimization of the elderly: Elder abuse and neglect. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2 (3) 269–276.

Wolf, R. S., Godkin, M. A. et Pillemer, K. (1984). *Elder Abuse and Neglect: Final Report from Three Model Projects*. Winchester, MA : University of Massachusetts Medical Centre, University Centre on Aging.

Wolf, R. S., Godkin, M. A. et Pillemer, K. A. (1986). Maltreatment of the elderly: A comparative analysis. *Pride Institute Journal of Long-Term Home-Health Care*, 5 (4), 10–17.

Wolf, R. S. et Pillemer, K. A. (1989). *Helping Elderly Victims: The Reality of Elder Abuse*. Irvington, NY : Columbia University Press.

Wolf, R. et Pillemer, K. (1994). What's new in elder abuse programming? Four bright ideas. *The Gerontologist*, 34 (1), 126–129.

Zannatta, K. et Sagi, B. (1995). *Abbotsford Community Response Network: The First Step*. Abbotsford, BC : Abbotsford Matsqui Association for Healthy Aging.

Zarit, S. et Toseland, R. (1989). Current and future directions in family caregiving research. *The Gerontologist*, 29, 481–483.

Zborowsky, E. (1985). Developments in protective services: A challenge for social workers. *Journal of Gerontological Social Work*, 8 (3/4), 71-83.

Zlotnick, A. (1993). Training strategies for elder abuse: Inadequate care. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5 (2), 55-62.